TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

PAUL SEGOND

CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE
AGRÉGÉ HONORAIRE DE LA FACULTÉ
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1904

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

TITRES ET FONCTIONS

DEUXIÈME PARTIE

TRAVAUX ET PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

(RELEVÉ BIBLIOGRAPHIQUE)

TROISIÈME PARTIE

RÉSUMÉ ANALYTIQUE DES PRINCIPAUX TRAVAUX ÉNUMÉRÉS DANS LA DEUXIÈME PARTIE

PREMIER GROUPE

Travaux divers. — Membres. — Système nerveux.

I. — Observations et travaux divers.

II. — Chirurgie des membres.

III. — Chirurgie du système nerveux et chirurgie des névropathes.

DEUXIÈME GROUPE

Organes génito-urinaires. — Anus et Rectum.

I. — Chirurgie des organes génito-urinaires.

II. — Chirurgie de l'Anus et du Rectum.

TROISIÈME GROUPE

Gynécologie et Chirurgie abdominale.

I. — Périnée. — Vulve. — Vagin.

II. — Utérus et Annexes.

III. — Traitement des fibromes de l'utérus.

IV. — Hystérectomie Vaginale.

V. — Hystérectomie abdominale.

VI. — Chirurgie et puerpéralité.

VII. — Parois abdominales.

VIII. — Foie et Rate.

IX. — Estomac. — Intestins. — Epiploons.

X. — Appendicite.

TABLE DES FIGURES

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

PREMIÈRE PARTIE

TITRES ET FONCTIONS

I

TITRES OBTENUS AU CONCOURS

1874 — Externe des hopitaux (Nommé le premier).
1875 — Interne des hopitaux.
1877 — Aide d'anatomie de la faculté (Nommé le premier).
1879 — Prosecteur de la faculté.
1882 — Chef de clinique de la faculté (Nommé le premier).
1883 — Chirurgien des hopitaux (Nommé le premier).
1883 — Professeur agrégé de la faculté (Nommé le deuxième au premier concours).

PRIX ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES

1880 — Lauréat de la société de chirurgie (Prix Marjolin-Duval).
1880 — Lauréat de l'institut (Prix Godard).
1886 — Chevalier de la légion d'honneur.
1898 — Officier de la légion d'honneur.

II

FONCTIONS ANTÉRIEURES

Une année d'externat à l'Hôtel-Dieu, en 1875 (Service de M. Fauvel.)

Quatre années d'internat, de 1876 à 1879; dont une à Saint-Antoine (Service de M. Delens, puis de Terrillon); deux à la Pitié (Services de M. Labbé et de Gallard); et une à Necker (Service du Professeur Guyon).

Une année de clinicat à Necker, 1882-1883 (Service du Professeur Trélat).

Cinq années d'adjuvat et de prosectorat à la Faculté (1878-1882).

Neuf années de service à la Faculté, comme agrégé en exercice, (1883-1892).

Cinq années de service à l'hospice des Quinze-Vingts, comme chirurgien consultant, du 31 mars 1886 au 17 février 1891.

Six années de service dans les hôpitaux de 1883 à 1889, comme chirurgien du Bureau central, avec suppléances successives dans les hôpitaux suivants : Saint-Antoine et Sainte-Eugénie, vacances 1883 (Services de MM. Perrier, Delens et Lannelongue); Necker, vacances 1884 (Services des Professeurs Guyon et Le Fort); Necker et Charité, vacances 1885 et 1886 (Cliniques des Professeurs Guyon et Trélat); Beaujon en 1886 (Service de M. Labbé); Charité, vacances 1887, 1888 et 1889 (Clinique du Professeur Trélat); Pitié, au début de 1890 (clinique du Professeur Verneuil).

Six mois de service à Bicêtre, comme chirurgien en chef, en 1890.

Cinq années de service à la Maison municipale de santé, comme chirurgien en chef, 1890 à 1895.

III

FONCTIONS ACTUELLES

Chirurgien en chef de la Salpêtrière.

Professeur agrégé honoraire de la faculté, soumis aux rappels habituels pour le service des examens.

Secrétaire général de la *Société de Chirurgie*.

IV

TITRES DANS LES SOCIÉTÉS SAVANTES

Secrétaire général de la *Société de Chirurgie.*

Membre titulaire de la *Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle.*

Membre à vie de l'*Association française de Chirurgie.*

Membre honoraire de la *Société anatomique.*

Membre du *Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie.* (Rapporteur de la deuxième session tenue à Marseille en octobre 1898. Président de la *section de Gynécologie* pour la troisième session tenue à Nantes en septembre 1901.)

Membre fondateur de la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris.*

Membre fondateur du *Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique.* (Rapporteur de la première session tenue à Bruxelles en septembre 1892.)

Membre correspondant étranger de la *Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique.*

Membre associé étranger de la *Société belge de Chirurgie.*

Membre correspondant étranger de la *Société médicale Argentine.*

Membre honoraire de l'*Association des Accoucheurs et des Gynécologistes Américains.*

Membre honoraire de la *Société américaine de Gynécologie.*

Membre associé étranger de la *Société de Gynécologie et de Chirurgie abdominale de Bucarest.*

Membre associé étranger de la *Société de Chirurgie de Bucarest.*

Membre de la *Société internationale de Chirurgie.*

Membre honoraire de la *Société obstétricale d'Edimbourg.*

V

SERVICES DANS L'ENSEIGNEMENT

Série de Leçons d'anatomie et de médecine opératoire faites à l'École pratique de la Faculté, en qualité de prosecteur, durant cinq années (1878 à 1882).

Série de Leçons de clinique chirurgicale, professées à la Charité, pendant les vacances de 1885, 1886, 1887, 1888 et 1889, en qualité de suppléant du Professeur Trélat.

Conférences de médecine opératoire faites à la Faculté, sur la Chirurgie du tube digestif, durant le semestre 1888, en qualité d'agrégé en exercice.

Cours sur la chirurgie du foie et de l'appareil génital de la femme, fait à la Faculté, durant le semestre d'été 1890, en qualité de remplaçant du Professeur Guyon, récemment promu professeur de clinique à Necker. (Ce cours, commencé dans le Petit Amphithéâtre de la Faculté, a dû être continué dans le Grand Amphithéâtre de l'École pratique à cause du nombre des auditeurs.)

Opérations et conférences faites, chaque mercredi, à la Clinique Baudelocque, sur la demande du professeur Pinard, depuis 1890. L'activité de ce service d'*enseignement gynécologique* supplémentaire, créé par le Professeur Pinard, est attestée par les statistiques publiées chaque année dans le « Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque ».

Depuis l'année 1890 jusqu'au premier janvier 1904 on y trouve, en effet, le relevé de 541 opérations comprenant : 222 interventions diverses, telles que colpo-perinéorrhaphies, curettages, etc. ; 146 hystérectomies vaginales, et 173 laparotomies. Ces 541 opérations, dont plusieurs ont été particulièrement sérieuses, donnent, au pourcentage, une mortalité globale de 6,09 °/ₒ et l'extrême gravité des cas terminés par la mort nous permet de nous déclarer très satisfaits des résultats obtenus. Nous pouvons même dire que nous avons eu quelques séries particulièrement heureuses, telles que : trois années sans un seul décès par laparotomie (1894, 1898 et 1903) et cinq années semblables pour nos hystérectomies vaginales (1895, 1899, 1900, 1901 et 1903). Notons enfin que pour les 29 opérations de cette dernière année 1903, opérations comprenant 7 hystérectomies vaginales et 18 grosses interventions abdominales, nous n'avons pas eu à enregistrer un seul insuccès.

Ces détails empruntent un certain intérêt à ce fait que la Clinique Baudelocque est une maison d'accouchements, sans annexe chirurgicale particulière. Ils sont donc, à leur manière, une nouvelle preuve de la parfaite asepsie qui règne partout dans ce grand service.

DEUXIÈME PARTIE

TRAVAUX ET PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

(Relevé bibliographique)

I. — THÈSES

1880 — **Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon péri-prostatique.** — *Th. de Doct.,* Paris, 1880. (Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences et la Société de Chirurgie. Prix Godard et Prix Marjolin-Duval).

1883 — **Cure radicale des hernies.** — *Th. d'Agrégation*, Paris, 1883.

II. — ARTICLES DE DICTIONNAIRES ET DE TRAITÉS

1885 — **Du varicocèle.** — *Nouveau Dict. de Méd. et de Chir. pratiques.* Paris, 1885, t. XXXVII, p. 234 à 306.

1889 — **Tumeurs et kystes de l'ovaire.** — *Encyclopédie internat. de Chirurgie.* Paris, 1889, t. VIII, p. 612 à 667.

1892 — **Maladies des annexes de l'utérus.** — *Traité de Chirurgie*, 1re édition. Paris, 1892, t. VIII, p. 543 à 694. — 2e édition, Paris, 1899, t. VIII, p. 263 à 416.

1898 — **Maladies chirurgicales du foie.** — *Traité de Chirurgie*, 1re édition. Paris, 1892, t. VII, p. 211. — 2e édition, Paris, 1898, t. VI, p. 977,

III. — MÉMOIRES ET PUBLICATIONS DIVERSES

1874 — **Du poids des nouveau-nés. Son accroissement physiologique. Circonstances qui peuvent le modifier.** — *Ann. de Gynéc.*, Paris, 1874, t. II, p. 298 et 366.

1877 — **Analyse d'un travail du Dr Masse intitulé : « Influence de l'attitude des membres sur leurs articulations ».** — *Gaz. méd. de Paris*, Paris, 1877, p. 643.

1879 — **Recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse.** — Brochure in-8° avec 8 figures originales, Paris, 1879. — *Progrès médical*, Paris, 1879, t. VII, p. 297, 319, 340, 379, 400, 419.

— **Note sur un cas de kyste hydatique développé dans l'épaisseur du muscle grand pectoral.** — *Progrès médical*, Paris, 1879, t. VII, p. 497.

1881 — **Étude sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'uréthre.** (En collaboration avec Brissaud.) — *Gaz. hebdomadaire*, Paris, 1881, 2e série, t. XVIII,, p. 625 et 627.

1882 — **Étude sur les modifications du calibre des vaisseaux dans les membres amputés.** — *Rev. de Chirurgie*, Paris, 1882, t. I, p. 621 et 746.

1883 — **Série de revues critiques publiées dans les « Annales des maladies des organes génito-urinaires » depuis 1882 jusqu'à 1890.**—*Ann. des mal. des org. génito-urinaires.* Paris, 1883, t. I, p. 96 et 203. — 1884, t. II, p. 185, 245, 304, p. 441, 757. — 1885, t. III, p. 431 et 615. — 1886, t. IV, p. 228, 305, 436 et 488. — 1887, t. V, p. 673. — 1888, t. VI, p. 108, 115 et 421. — 1889, t. VII, p. 126 et 602.

1885 — **Du paraphimosis. Ectopie testiculaire. Castration.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.). — *Gaz. des Hôpit.*, Paris, 1885, p. 1042.

— **Des exostoses de croissance.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité). — *Gaz des Hôp.*, Paris, 1885, p. 1193.

1886 — **Épithélioma des lèvres. Sarcome mélanique d'un doigt.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1886, p. 485.

1886 — **Kyste de l'extrémité supérieure de la jambe.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1886, p. 669.

— **Carcinome du sein avec retentissement ganglionnaire dans l'aisselle.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1886, p. 33.

— **Amputation de jambe au lieu d'élection. Tumeur maligne du sein.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) —*Gaz. des Hôp.* Paris, 1886, p. 91.

— **Diagnostic et traitement de l'hématocèle péri-utérine.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Ann. de Gyn.*, Paris, 1887, t. XXVIII, p. 317.

— **Amputation d'un orteil en marteau. Résection cunéiforme pour fracture de jambe consolidée vicieusement.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1886, p. 155.

1887 — **Abcès urineux.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Sem. méd.*, Paris, 1887, p. 405.

— **De la taille dans les cystites douloureuses.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Sem. méd.*, Paris, 1887, p. 497.

— **Abcès tuberculeux de la cuisse. Injections d'éther iodoformé ou opération sanglante.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Gaz. des Hôpit.*, Paris, 1887, p. 1237.

— **Kyste dermoïde de la joue. Prolapsus congénital du rectum avec rétrécissement.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Gaz. des Hôpit.*, Paris, 1887, p. 1289.

— **De l'uréthrotomie externe.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *France méd.*, Paris, 1887, p. 1391.

1888 — **Un cas de goitre kystique.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Gaz. des Hôpit.*, Paris, 1888, p. 197.

— **Chute de l'utérus et cystocèle. Raccourcissement des ligaments ronds. Elytrorrhaphie.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Gaz. des Hôpit.*, Paris, 1888, p. 313.

— **Énucléation d'un œil pour ophtalmie sympathique. Résection osseuse pour fracture compliquée du tibia.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Gaz. des Hôpit.*, Paris, 1888, p. 565.

1888 — **Fibrosarcome de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Gaz. des Hôpit.*, Paris, 1888, p. 734.

— **Calculs de la vessie. Taille et litbothritie.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Gaz. des Hôpit.*, Paris, 1888, p. 1070.

— **De la cure radicale du varicocéle.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Sem. médicale*, Paris, 1888, t. VIII, p. 385.

— **Fibrosarcome de la paroi abdominale.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Sem. médicale*, Paris, 1888, t. VIII, p. 457.

1889 — **Sarcome de l'orbite.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité). — *Gaz. des Hôpit.*, Paris 1889, p. 58.

— **Hypertrophie ganglionnaire tuberculeuse et adénite inguinale suppurée.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Gaz. des Hôpit.*, Paris, 1889, p. 371.

— **Deux cas d'ostéomyélite.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité.) — *Gaz. des Hôpit.*, Paris, 1889, p. 541.

— **Note sur l'opération du varicocéle.** — *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, Paris, 1889, t. VII, p. 201.

1891 — **Lettre à M. Pozzi sur l'Hystérectomie dans les lésions inflammatoires des annexes.** — *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, Paris, 1891, t. XXVIII, p. 222.

— **Lettre de rectification à M. Lafourcade à propos de son travail sur la gastrostomie dans les rétrécissements fibreux de l'œsophage.** — *Gaz. heb. de Méd. et de Chir.*, Paris, 1891, t. XXIX, p. 542.

— **Dystocie par volumineux sarcome de l'ovaire. Hystérectomie supra-vaginale. Enfant vivant. Mère guérie.** — *Fonctionnement de la maison d'acc. Baudelocque*, 1891, p. 72.

1893 — **Traitement chirurgical du prolapsus utérin.** (Clinique faite à Baudelocque.) — *Semaine médicale*, Paris, 1893, p. 539.

— **Note sur l'excessive rareté des troubles cérébraux à la suite de l'hystérectomie vaginale.** (Publiée par Luys dans un article intitulé « Des folies sympathiques consécutives aux opérations gynécologiques ».) — *Ann. de Psych. et d'Hypn.*, numéro de juin 1893.

1894 — **Opération de Porro dans un cas de rétrécissement du bassin. Enfant vivant. Mère guérie.** — *Fonctionnement de la maison d'acc. Baudelocque*, 1894, p. 50.

1896 **Opération de Porro dans un cas de rétrécissement du bassin. Enfant vivant. Mère guérie.** — *Fonctionnement de la maison d'acc. Baudelocque*, 1896, p. 60.

1897 — **Dystocie par rétrécissement du bassin. Hystérectomie abdominale totale. Enfant vivant. Mort de la mère.** — *Fonctionnement de la maison d'acc. Baudelocque*, 1897, p. 107.

— **Le Decubitus Acutus. Complication possible de l'hystérectomie vaginale.** — *Rev. de Gyn. et de Chir. abdom.*, Paris, 1897, t. I, p. 59.

— **Des tumeurs annexielles bilatérales qu'il convient d'enlever par l'hystérectomie vaginale.** — *Rev. de Gyn. et de Chir. abdom.*, Paris, 1897, t. I. p. 205, 2 fig., 2 pl.

— **L'Hystérectomie abdominale totale dans l'ablation des gros fibromes et le traitement des suppurations pelviennes. Considérations sur la supériorité du procédé américain.** — *Rev. de Gyn., et de Chir. abdom.*, Paris, 1897, t. I, p. 604.

1900 — **Grossesse de trois mois. Fibrome. Hystérectomie supra-vaginale. Mort.** — *Fonctionnement de la maison d'acc. Baudelocque*, 1900, p. 106.

1901 — **Dystocie par kyste dermoïde de l'ovaire droit. Hystérectomie abdominale. Enfant vivant. Mére guérie.** — *Fonctionnement de la maison d'acc. Baudelocque*, 1901, p. 74.

IV. — COMMUNICATIONS AUX SOCIÉTÉS SAVANTES

α. Société anatomique.

1879 — **Rétrécissement de l'uréthre. Distension de la vessie. Formation de cellules vésicales spacieuses.** — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1879, 4e série, t. IV, p. 714.

— **Note sur un cas d'arrachement du point d'insertion des deux languettes phalangettiennes de l'extenseur du petit doigt, par flexion forcée de la phalangette sur la phalangine.** — *Bull. et Mém. de la Société anat.*, Paris, 1879, LIVe année, 4e série, t. IV, p. 724.

β. Société de Chirurgie.

1885 — **Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et périprostatiques.** — *Bull. et Mém. de la Soc., de Chir* , Paris, 1885, t. XI, p. 532.

— **Note sur un cas d'imperforation congénitale de l'Hymen.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1885, t. XI, p. 840.

1887 — **Kyste hydatique de la face convexe du foie traité et guéri par l'ouverture large avec excision partielle de ses parois.** (En collaboration de M. Landouzy.) — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1887, t. XIII, p. 236 et 245.

— **Note sur la suture des nerfs.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1887, t. XIII, p. 349.

— **Gangréne du pied. Emphysème. Amputation circulaire à la racine de la cuisse. Guérison.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1887, t. XIII, p. 525.

— **Note sur la réunion primitive dans le traitement des fistules à l'anus.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1887, t. XIII, p. 539.

— **Note sur la cure radicale des hernies.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1887, t. XIII, p. 680.

— **Présentation d'une nouvelle sonde intra-utérine.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1887, t. XIII, p. 698.

— **Présentation d'une pièce de cure radicale de hernie.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir* , Paris, 1887, t. XIII, p. 746.

1888 — **Note sur la recherche du bout uréthral postérieur en cas d'uréthrotomie externe sans conducteur.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1888, t. XIV, p. 161.

— **Note sur les tumeurs kystiques du sein.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1888, t. XIV, p. 164 et 177.

— **Note sur l'arthrectomie et les résections dans les arthrites fongueuses.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1888, t. XIV, p. 248.

1888 — **Note sur la gastrostomie.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1888, t. XIV, p. 381.

— **Communication sur le traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1888, t. XIV, p. 400 et 470. — *Ann. de Gynéc.*, Paris, 1888, t. XXIX, p. 416.

— **Un cas de trachéotomie pratiquée après anesthésie locale par injection sous-cutanée de cocaïne.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1888, t. XIV. p. 437.

1889 — **Extirpation totale de la clavicule pour tumeur maligne.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 144.

— **Rapport sur une communication du Dr Jamin intitulée : « Impuissance congénitale guérie par l'opération du varicocèle ».** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 175 et p. 183.

— **Note sur le traitement des déviations utérines.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 263.

— **Rapport sur une communication du Dr Leprévost intitulée : « Kyste hydatique de la rate guéri à la suite d'une ponction capillaire. Kyste hydatique suppuré du foie guéri par l'incision large en un seul temps ».** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 279 et 309.

— **Présentation d'une sonde à fentes allongées pour assurer l'assèchement du bas-fond vésical après la taille.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 317.

— **Note sur la fixation du testicule au fond des bourses en cas d'ectopie.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 324 et 327.

— **Considérations sur la valeur des interventions partielles dans la tuberculose des os du pied.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 352.

— **Considérations sur la suppression du drainage.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 380.

— **Considérations sur l'énucléation ou le morcellement des corps fibreux par voie vaginale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 424.

1889 — **Réflexions sur le traitement des fibromes utérins par l'électricité.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 499.

— **Manuel opératoire de l'ablation du prolapsus rectal. Procédé personnel.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 751 et 758.

— **Note sur les indications comparées de la colopexie et de l'ablation du segment prolabé dans la traitement du prolapsus du rectum.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 759.

— **Greffe dermo-épidermique à grand lambeau. Discussion.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 778.

1890 — **Du curettage dans l'endométrite.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 144.

— **Présentation d'un malada opéré d'une exstrophie de la vessie.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 435.

— **Note sur le traitement des fistules recto-vaginales.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 598.

— **Note sur le traitement des endométrites par les flèches de pâte de Canquoin.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 601 et 603.

— **Considérations sur le traitement des fibromes utérins.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 689.

1890 — **Rapport sur un traitement nouveau de la fistule recto-vaginale préconisé per M. Félizet.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 701, 707.

— **Rapport sur un nouveau procédé de désarticulation de l'épaule proposé par M. Félizet.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 793, 796.

1891 — **Manuel opératoire de l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum dans l'ablation des rétrécissements et des tumeurs quand la région de l'anus est saine.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1891, t. XVII, p. 146.

— **Communication sur l'hystérectomie vaginale dans le traitemant des suppurations péri-utérines.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1891, t. XVII, p. 153, 236, 252, 643, 645, 658, 727.

1891 — **Commnnication sur l'hyetérectomie vaginale contre le cancer utérin.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*. Paris, 1891, t. XVII, p. 688.

1892 — **Note sur la valeur de l'incision du cul-de-sac vaginal poetérieur considérée comme incision exploratrice.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1892, t. XVIII, p. 58, 61, 66.

— **Note sur la valeur de la section médiane dans le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale.** — *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1892, t. XVIII, p. 333.

— **Note sur la résection du nerf maxillaire supérieur.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1892, t. XVIII, p. 375.

1893 — **Note sur l'évidement commissural du col utérin.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1893, t. XIX, p. 95.

— **Observation d'œsophagotomie externe.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1893, t. XIX, p. 188.

— **Présentation d'une tumeur kyetique de l'épiploon. Opération. Guérison.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1893, t. XIX, p. 300.

— **Note sur deux cas d'hydronéphrose intermittente traités par la néphrectomie.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1893, t. XIX, p. 353.

— **Considérations sur le traitememt des adénites tuherculeuses par les injsctions interetitielles de naphtol camphré.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1893, t. XIX, p. 452.

1894 — **Indications particuliéres de l'hystérectomie vaginale et manuel opératoire à suivre en cas de prolapsus utérin.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris. 1894, t. XX, p. 40.

— **Présentation du forcepe du Dr Pénoyée.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 220.

— **Considérations sur la réparation des déchirures étendues de la cloison recto-vaginale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 221.

— **Considérations sur le traitement des hernies gangrenées.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 381 384, 572.

1894 — **Présentation d'une pièce de varice anévrysmoïdale de la saphène interne près de son embouchure.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*. Paris, 1894, t. XX, p. 387.

— **Présentation de la table opératoire de Malherbe.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 388.

— **Communication sur l'anesthésie combinée avec le bromure d'éthyle et le chloroforme.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 391, 397, 404, 439.

— **Nécessité du drainage à la suite des laparotomies pour suppurations pelviennes.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 463.

— **Rapport sur une observation de trépanation pour fracture du crâne, faite par M. le Dr Verchère.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 473, 476.

— **Rapport sur un travail de M. Walther intitulé : « Sur un cas d'antéversion et d'antéflexion du rein. »** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 581.

— **Note sur la cystostomie sus-pubienne.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 734, 737.

— **Présentation d'un malade opéré de gastrostomie pour cancer de l'œsophage.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX. p. 812.

— **Note sur l'ablation des épithéliomas du vagin.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 833.

95 — **Siége des phlegmons péri-ombilicaux.** — *Bull et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 49.

— **Note sur la gastrostomie.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 105.

— **Rapport sur un cas de persistauce des règles après hystérectomie vaginale totale.** (Travail du Dr Sorel, du Havre.) — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 125.

— **Nouveau procédé opératoire pour supprimer les fistules recto-vaginales chez les femmes dont le périnée est intact.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 168.

1895 — **Considérations sur les fistnles urétéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 273, 303, 306, 307.

— **Considérations sur les fibromes de la paroi abdominale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 278, 284.

— **Dans l'hystérectomie vaginale, la section totale antéro-postérieure et l'hémisection sont des manœuvres particulières et point du tout des méthodes.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 309.

— **Note sur la chirurgie du canal cholédoque.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 393.

— **Note sur l'hystérectomie par voie abdomino-vaginale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 402.

— **Considérations sur l'anesthésie par l'éther.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 408.

— **Difficultés de l'hystérectomie vaginale en cas d'absence du col par amputation antérieure. Inconvénients des pinces à mors divergents portant griffes sur leur face externe dans la pratique de l'hystérectomie vaginale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 514 et 516.

— **Un cas d'absence complète du vagin. Création d'un vagin artificiel.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 642.

— **Note sur la chirurgie du poumon.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 731 et 732.

— **Note sur la parésie intestinale consécutive aux opérations abdominales et notamment à l'hytérectomie vaginale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris 1895, t. XXI, p. 806.

— **Valeur des injections sous-cutsnées de sérum artificiel chez les grandes opérées.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris 1895, t. XXI, p. 809.

1896 **Compte rendu des travaux de la Société de Chirurgie pendant l'année 1895.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1896, t. XXII, p. xx.

— **Considérations sur la grossesse extra-utérine.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1896, t XXII, p. 56 à 66 et p. 156.

1896 — **Rapport sur un travail du D[r] Barette (de Caen) intitulé : « Trois observations de calculs vésicaux traités par la taille hypogastrique. »** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1896, t. XXII, p. 165, 191.

— **Sur un cas de cancer primitif du foie traité par l'ablation.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1896, t. XXII, p. 764.

1897 — **Considérations sur l'hystérectomie abdominale totale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1897, t. XXIII, p. 541.

— **Note sur le traitement de l'occlusion intestinale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1897, t. XXII, p. 579, 606.

— **Observation d'une malade opérée avec succés d'un lymphangiome de la région crurale droite.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1897, t. XXIII, p. 705.

1898 — **Présentation de trois radiographies ayant permis l'ablation de fragments d'aiguilles logés dans la paume de la main et d'une canule oubliée dans le sinus maxillaire.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1898, t. XXIV, p. 233.

— **Considérations sur les psychoses post-opératoires.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1898. t. XXIV, p. 375.

— **Communications sur l'hystérectomie vaginale pour fibromes.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1898, t. XXIV, p. 596.

1899 — **Note sur le capitonnage des kystes hydatiques du foie.** — *Bull. et Méd. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1899, t. XXV, p. 37.

— **Considérations sur le traitement de l'appendicite aiguë.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1899, t. XXV, p. 159.

— **Présentation de la photographie d'une malade atteinte de lipomatose sous-diaphragmatique généralisée.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1899, t. XXIV, p. 560.

— **Considérations sur l'hystérectomie vaginale et sur l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1899, t. XXV, p. 766 et 793.

— **Présentation d'un râtelier enlevé par l'œsophagotomie externe** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1899, t. XXV, p. 783.

1899 — **Considérations sur l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1899, t. XXV, p. 803.

1900 **Note sur l'opération de l'hypospadias.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 310.

— **Note sur le Manuel opératoire de la gastrostomie.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 483.

— **Un cas de kyste hydatique inter-vésico-rectal incisé et drainé par le périnée à la manière d'un abcès péri-prostatique. Guérison.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 769.

— **Un cas de fibrome utérin sous-péritonéal pédiculé, enclavé dans le cul-de-sac de Douglas et simulant une tumeur du sacrum. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 770.

— **Maladie kystique de la mamelle.** (Deux observations.) — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 780.

— **Note sur la cure radicale des hernies.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 874.

— **Relation d'un cas de fistule vésico-utéro-vaginale opérée par voie sus-pubienne après taille hypogastrique.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 912.

— **Présentation d'un kyste hydatique de la langue.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 1062.

1901 — **Résection d'un appendice adhérent au moignon résultant d'une ablation annexielle antérieure.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1901, t. XXVII, p. 16.

— **Considérations sur les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1901, t. XXVII, p. 210 et p. 276.

— **Bilatéralité possible des kystes dermoïdes ovariens.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1901, t. XXVII, p. 314.

— **Un cas de grossesse extra-utérine gémellaire.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1901, t. XXVII, p. 325.

— **Note sur la rachi-cocaïnisation.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1901, t. XXVII, p. 780 et p. 783.

1902 — **Considérations sur la prétendue valeur curative des sérums anticancéreux et de la quinine dans le traitement du cancer.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1902, t. XXVIII, p. 446.

— **Considérations sur les dangers de la temporisation chirurgicale en cas d'appendicite aiguë.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1902, t. XXVIII, p. 985.

1903 — **Considérations sur la pluralité des néoplasmes et notamment sur les difficultés que peut offrir, en cours d'opération, le diagnostic différentiel du cancer et des tumeurs intestinales simplement inflammatoires.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1903, t. XXIX, p. 589.

— **Réflexions sur les difficultés du diagnostic que peuvent créer les tumeurs hépatiques lorsqu'elles plongent dans l'excavation pelvienne et s'accolent à l'utérus.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1903, t. XXIX, p. 861.

— **Radiographie d'un calcul du rein.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1903, t. XXXIX, p. 888.

— **Discussion sur la valeur comparée de l'hystérectomie abdominale totale et de l'hystérectomie abdominale médio-cervicale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1903, t. XXIX, p. 955.

1904 — **Réflexion à propos de l'influence possible de la castration sur l'évolution des tumeurs du sein.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1904, t. XXX, p. 32.

γ. **Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pædiatrie.**

1899 — **Note à propos des suites éloignées ds l'opération de Schrœder.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris, 1899, t. I, p. 27 et 55.

— **Note sur un cas d'appsndicite survenue au cinquième mois de la grossesse.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris, 1899, t. I, p. 28.

— **Suites éloignées de l'hystéropexie. Présentation d'un utérus hystéropexié depuis plus de six ans et enlevé par hystérectomie abdominale.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris. 1899, t. I, p. 47.

1899 — **Suites éloignées de l'hystéropexie. Cas montrant les difficultés possibles de l'ablation par voie vaginale d'un utérus antérieurement hystéropexié.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris, 1899, t. I, p. 49.

— **Note sur le manuel de la réduction en cas d'inversion utérine.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris, 1899, t. I, p. 142.

— **Note sur le manuel opératoire de l'amputation du col en cas de métrite cervicale.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris, 1899, t. L, p. 155.

— **Note sur la castration abdominale totale pour annexite.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris, 1899, t. I, p. 190.

1900 — **Torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire vers le deuxième mois de la grossesse. Laparotomie et ablation du kyste à la fin du troisième mois. Évolution consécutive normale de la grossesse.** (En collaboration avec le Professeur Pinard.) — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris, 1900, t. II, p. 78.

— **Torsion pédiculaire d'un petit kyste de l'ovaire droit chez une femme de vingt et un ans enceinte de six semaines. Laparotomie et ablation du kyste. Avortement huit jours après. Guérison de l'opérée.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris, 1900, t. II, p. 79.

— **Note sur le traitement de la rétrodéviation utérine et l'hystéropexie.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris, 1900, t. II, p. 111.

— **Présentation d'un utérus montrant combien le retour de cet organe à l'intégrité peut être satisfaisant et complet après l'ablation de fibromes interstitiels morcellés par le vagin sans hystérectomie.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris, 1900, t. II, p. 149 et 155.

— **Grossesse utérine prise pour une grossesse extra-utérine grâce à la fixation de l'utérus gravide en latéro-version gauche. Laparotomie; libération et redressement de l'utérus. Guérison de l'opérée. Continuation de la grossesse. Avortement ultérieur étranger à l'intervention.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris, 1900, t. II, p. 329.

1903 — **Étude clinique et anatomique d'un utérus parturient à terme fixé en rétro-latéro-version par des adhérences périmétritiques.** (Communication de M. Couvelaire avec la collaboration de MM. Pinard et Paul Segond.) — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Paris, 1903, t. V, p. 90.

δ. **Académie de Médecine.**

1897 — **Gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail à terme, ayant un rétrécissement extrême du bassin.** (Communication faite par le Professeur Pinard en collaboration avec M. Paul Segond.) — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, Paris, 1897, 3e série, t. XXXVII, p. 47.

1898 — **Appendicite suppurée avec péritonite généralisée chez une primipare de vingt-cinq ans enceinte de six mois. Opération le sixième jour. Mort.** (Voir communication du Professeur Pinard : « L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité ».) — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, Paris, 1898, 3e série, t. XXXIX, p. 295.

1900 — **Appendicite au cours d'une grossesse de trois mois. Péritonite généralisée. Laparotomie. Avortement consécutif. Guérison.** (Voir communication du Professeur Pinard : « Nouveaux faits pour servir à l'histoire de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse ».) — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, Paris, 1900, 3e série, t. XLIII, p. 230.

ε. **Congrès français de Chirurgie.**

1885 — **Gastrostomie pour rétrécissement infranchissable de l'œsophage. Guérison. Présentation de l'opérée.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1885, t. I, p. 547. — *Rev. de Chir.*, Paris, 1885, t. V, p. 412.

1886 — **Deux néphrectomies : l'une pour hydronéphrose suppurée; l'autre pour rein flottant douloureux. Guérison.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1886, t. II, p. 189.

1888 — **De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue du résultat définitif.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1888, t. III, p. 169.

1888 — **Du traitement chirurgical des kystes du foie.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1888, t. III, p. 529.

1889 — **Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. Note sur un nouveau procédé opératoire** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1889, t. IV, p. 541. — *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, Paris, 1890, t. VIII, p. 193.

1890 — **Résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphénopalatin dans la fente ptérygo-maxillaire par la voie temporale.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1890, t. IV, p. 442. — *Rev. de Chir.*, Paris, 1890, t. X, p. 173.

1891 — **Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1891, t. V, p. 213.

— **Note sur un cas de kyste séreux développé dans l'épaisseur de la paroi vésicale postérieure** (En collaboration avec le Dr Thiercelin). — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1891, t. V, p. 443.

1893 — **Les suppurations pelviennes.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1893, t. VII, p. 701.

1894 — **L'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1894, t. VIII, p. 681.

— **Réponse à M. Delagenière à propos de ses critiques contre l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. Critiques basées uniquement sur quatre cas malheureux de sa pratique.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1894, t. VIII, p. 755.

1895 — **Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1895, t. IX, p. 927.

— **De l'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1895, t. IX, p. 927.

η. Congrès gynécologiques.

1892 — **Rapport sur les suppurations pelviennes.** — *Congr. intern. périod. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1892, p. 37, 232.

1892 — **Réponse à M. Doyen au sujet de l'hystérectomie vaginale et présentation d'un nouvel instrument.** — *Congr. intern. périod. de Gyn. et d'Obst.*, Bruxelles, 1892, p. 453.

1896 — **Réponse aux attaques et autres allégations de M. Doyen à propos de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes.** — *Congr. intern. périod. de Gyn. et d'Obst.*, deuxième session, Genève, 1896, t. I, p. 236.

— **Note sur les avantages de la libération du col par section du pied des ligaments larges au début de toute hystérectomie.** — *Congr. intern. périod. de Gyn. et d'Obst.*, 2e session, Genève, 1896, t. I, p. 284.

1897 — **Considérations sur la technique, les difficultés et les dangers de l'hystérectomie vaginale en cas de fibromes et de suppurations pelviennes.** — *Transactions of the American Gyn. Society*, Philadelphie, 1896, Vol. 21, p. 120 et 133, et *Progrès médical*, Paris, 1897, n° 7, p. 97.

1898 — **Rapport sur le traitement des grossesses extra-utérines.** — *Congr. périod. de Gyn., d'Obst. et de Péd.*, Deuxième session, Marseille, 1898, p. 174.

1882 — **Rapport sur un travail de M. R Jamin, intitulé : Un cas de tuberculose localisée à la gaine synoviale du médius de la main droite.** — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1882, LVIIe année, 4e série, t. LVII, p. 153.

ζ. **Congrès internat onal de médecine.**

1900 — **De l'hystérotomie cervico-vaginale dans l'énucléation ou le morcellement des fibromes du corps de l'utérus.** — *Congr. intern. de Méd.; Ann. de Gyn. et Obst.*, sept. et oct., Paris, 1900, p. 310.

V. — *ÉLOGES PRONONCÉS A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE*

1901 — **Éloge d'Armand Desprez.** — Séance annuelle du 30 janvier 1901.

1902 — **Éloge de Stéphane Tarnier.** — Séance annuelle du 5 février 1902.

1903 — **Éloge de Édouard Nicaise.** — Séance annuelle du 4 février 1903.

1904 — **Éloge de Georges Bouilly.** — Séance annuelle du 3 février 1904.

VI. — PRÉFACES

1891 — **Préface** aux *Leçons de clinique chirurgicale* du Professeur U. Trélat. Paris, 1891.

1894 — **Préface** de la *Thèse inaugurale* de Baudron. Paris, 1894.

1899 — **Préface** de la *Thèse inaugurale* de Bigeard. Paris, 1899.

1901 — **Préface** de la *Thèse inaugurale* de Dartigues. Paris, 1901.

1903 — **Préface** de la *Thèse inaugurale* de Katz. Paris, 1903.

VII. — TRAVAUX PUBLIÉS SOUS MON INSPIRATION ET DOCUMENTÉS PAR LES OBSERVATIONS DE MA PRATIQUE

1894 — Thèse inaugurale de Baudron : **De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus.** — *Th. de Doct.*, Paris, 1894.

1896 — Thèse inaugurale de Giresse : **Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires consécutives à l'hystérectomie.** — *Th. de Doct.*, Paris, 1896.

1898 — Thèse inaugurale de Lenoir : **Perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale.** — *Th. de Doct.*, Paris, 1898.

1899 — Thèse inaugurale de Bigeard : **Les hystérectomies totales vaginales et abdominales pour cancer de l'utérus.** — *Th. de Doct.*, Paris, 1899.

1899 — **Deux cas de laparotomie médiane par incision cruciale et suture cutanée transversale sus pubienne.** (Observations publiées par Dartigues.) — *Presse Médicale*, Paris, 1899, n° 79, p. 202.

1900 — **Procédés spéciaux de sutures abdominales** décrits par Dartigues avec planches à l'appui, dans un article sur les sutures autoplastiques et sur les sutures à fils temporaires non perdus, appliquées

à la cure radicale des hernies et aux laparotomies. — *Rev. de Gyn. et de Chir. abdom.*, Paris, 1900, t. IV, p. 693.

1900 — Un article de DARTIGUES intitulé : **The enucleation of interstitial fibromyomata by cervico-vaginal hysterotomy.** — *Medical chronicle*, Manchester, 1900, May, 3e série, vol. III, n° 2, p. 90.

1901 — Thèse inaugurale de DARTIGUES : **Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes.** — *Th. de Doct.*, Paris, 1901.

1901 — Un travail de DARTIGUES intitulé : **Enucléation vaginale avec ou sans morcellement par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale pour fibromes sous-muqueux sessiles et interstitiels proprement dits.** (Procédé de Segond.) — *Rev. de Gyn. et de Chir. abdom.*, Paris, 1901, t. V, p. 731.

1902 — Thèse inaugurale de C. MAUBERT : **Des blessures de l'uretère dans les interventions par voie abdominale sur l'utérus et les annexes.** — *Th. de Doct.*, Paris, 1902.

1902 — Thèse inaugurale de L. BLANDIN : **Epilepsie traumatique consécutive aux plaies du crâne par armes à feu.** — *Th. de Doct.*, Paris, 1902.

1902 — Thèse inaugurale de H. FRESSON : **Indications et manuel opératoire dans le traitement de l'inversion utérine.** — *Th. de Doct.*, Paris, 1902.

1903 — Thèse inaugurale de KATZ : **Le traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie.** — *Th. de Doct.*, Paris 1903.

VIII. — DOCUMENTS PUBLIÉS PAR MES ÉLÈVES OU COMMUNIQUÉS A D'AUTRES AUTEURS

1878 — **Volumineux anthrax de la nuque traité et guéri par des incisions larges suivies de cautérisation au fer rouge.** (Observation publiée dans la *thèse* inaugurale de G. BERNARD : « Traitement des anthrax par le thermocautère ».) — *Th. de Doct.*, Paris. 1878, p. 50.

1878 — **Kyste hydatique du droit antérieur de la cuisse.** (Observation publiée dans la *thèse* inaugurale de Paul Boncour : « Des kystes hydatiques des membres ».) — *Th. de Doct.*, Paris, 1878, obs. 4.

1888 — **Kyste hydatique des adducteurs de la cuisse gauche.** (Observation publiée dans la *thèse* inaugurale de Marguet : « Kystes hydatiques de muscles volontaires ».) — *Th. de Doct.*, Paris, 1888, obs. 92, p. 318.

1890 — **Lymphangiome de la région crurale droite.** (Observation publiée par Jonnesco.)—*Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1890, 5e série, t. IV, p. 59 à 64.

— **Fibromyome kystique de l'utérus. Hystérectomie abdominale. Guérison.** (Observation publiée par Malherbe.)—*Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1890, LXVe année, 5e série, t. IV, p. 441.

1894 — **Note sur le traitement des rétro-déviations utérines**, publiée dans la *thèse* inaugurale de Lauort : « De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétrical. » — *Th. de Doct.*, Bordeaux, 1894, p. 106.

— **Observstion de sarcome ossifiant de l'oreille moyenne chez un enfant ds huit ans.** (Observation publiée par le Dr Ménière). — *Bull. de la Soc. laryng. otol. et rhinol.*, Paris, 1894, n° 4.

1896 — **Six observations d'hématocèles rétro-utérines trsitées psr l'incision vaginale**, publiées dans la *thèse* inaugurale de Thévenard : « L'hématocèle rétro-utérine. » -- *Th. de Doct.*, Paris. 1896.

1897 — **Un cas de splénectomie pour hypertrophie paludique**, publié dans la *thèse* inaugurale de J. Vanverts : « De la splénectomie. » — *Th. de Doct.*. Paris, 1897, obs. 121, p. 225.

— **Note sur le traitement des rétro-déviations utérines** *Lettre écrite à J. Murray Johnson.* (Providence, U. S. A.), le 15 mars 1897.

— **Délire de persécution; kyste dermoïde de l'ovaire ; laparotomie ; disparition des trouhles mentanx.** Observation publiée par le Dr Aug. Voisin. — *Journal de médecine*, Paris, 1897, n° 10, p. 121.

— **Une opération chirurgicale pendsnt le somnamhulisme provoqué.** (Observation puhliée par le Dr P. Janet.) — *Journal de Neurologie et d'Hypnotisme*, Bruxelles, janvier 1897.

1897 — **Procédé d'extirpation de l'extrémité inférieure du rectnm**, publié dans la *thèse* inaugurale de A. Lapointe : « Rétrécissements non congénitaux du rectum. » — *Th. de Doct.*, Paris, 1897, p. 100.

1898 — **Courbe d'accroissement d'un enfant de 3 kil. 70 (petite fille)**, publiée dans la *thèse* inaugurale de L. Jacob : « Rapports de la menstruation et l'allaitement. » — *Th. de Doct.*, Paris, 1898, p. 34.

1899 — **Note sur la valeur des résections partielles de l'ovaire et sur la conservstion des ovaires aprés hystérectomie**, publiée dans la *thèse* inaugurale de E. Montana : « Opérations conservatrices de l'ovaire et de la trompe. Résultats éloignés. » — *Th. de Doct.*, Paris, 1899, p. 26 et 27.

— **Énorme kyste ovarique multiloculaire avec gros fibrome utérin et kyste dermoïde ovaro-tubaire droit.** (Observation publiée par MM. Dartigues et Claisse). — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1899, 74e année, 6e série, t. I, p. 268.

— **Sarcome du sein de trés gros volume.** (Observation publiée par MM. Claisse et Dartigues.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1899, 6e série, t. I, p. 934.

— **Sarcome mélanique de la joue.** (Observation publiée par MM. Clais-e et Dartigues.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1899, 6e série, t. I, p. 936.

1899 — **Kyste hydatique inclus dans le muscle grand fessier observé sur une femme de trente-trois ans. Ablation. Guérison.** (Observation publiée par MM. Claisse et Dartigues.)— *Bull. et Mém. de la Soc. anat.* Paris, 1899, 6e série, t. I, p. 976.

— **Tumeur solide de l'ovaire avec fibromes utérins. Hystérectomie abdominale totale.** (Observation publiée par MM. Claisse et Dartigues.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1899, 6e série, t. I, p. 1038.

— **Ablation d'un fibrome ovarien par voie vaginale. Grossesse consécutive.** (Observation publiée par Dartigues dans un travail intitulé : « Symptomatologie des tumeurs solides de l'ovaire ».) — *Rev. de Gyn. et de Chir. abdom.*, Paris, 1899, n° 5, p. 793.

— **Lipomatose monstrueuse principalement localisée à la partie sous-diaphragmatique du corps.** (Observation publiée par MM. Dartigues et Bonneau.) — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, Paris, 1899, 12e année, n° 3, p. 216.

1900 — **Série d'hystérectomies abdominales et vaginales** ayant fourni les pièces dont les analyses documentent la *thèse* inaugurale de Claisse : « Recherches sur le développement des fibro-myomes et les adéno-myomes de l'utérus. » — *Th. de Doct.*, Paris, 1900.

— **Tuberculose des trompes et des ovaires; fibromyomes utérins. Hystérectomie vaginale. Guérison.** (Observation publiée par MM. Claisse et Dartigues.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1900, 6e série, t. II, p. 127.

— **Paralysie infantile localisée au membre supérieur gauche. Amputation intra-deltoïdienne. Guérison.** (Observation publiée par MM. Durrieux et Dartigues.) — *Revue d'Orthopédie*, Paris, 1900, 2e série, t. I, p. 102.

— **Fracture par cause indirecte de la première phalange des quatre premiers orteils.** (Observation publiée par M. Dartigues.) — *Revue d Orthopédie*, Paris, 1900, 2e série, t. I, p. 207.

— **Un cas d'ankylose osseuse du coude. Ostéotomie trochléiforme. Résultats éloignés.** (Observation publiée par M. Dartigues.) — *Revue d'Orthopédie*, Paris, 1900, t. I, p. 271.

1901 — **Sarcome de la région sous-maxillaire probablement greffé sur une tumeur d'origine congénitale. Ablation. Guérison.** (Observation publiée par MM. Maubert et Degorce.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1901, 6e série, t. III, p. 556.

— **Sarcome fuso-cellulaire à myéloplaxes des gaines tendineuses de la main.** (Observation publiée par M. Degorce). — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1901, 6e série, t. III, p. 557.

— **Fibrome fasciculé de l'ovaire chez une femme atteinte de salpingite suppurée bilatérale.** (Pièce présentée par M. Degorce.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1901, 6e série, t. III, p. 556.

1902 — **Un cas de kyste de l'ovaire opéré avec succès pendant l'allaitement.** (Observation publiée dans la *thèse* inaugurale de Trégouet : « De l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques et dans quelques autres états infectieux».) — *Th. de Doct.*, Paris 1902, obs. XXVIII, p. 96.

1903 — **Quatre observations de cholécystostomie** publiées dans la *thèse* inaugurale de Paul Guéniot : « La lithiase vésiculaire. Ses formes

anatomiques envisagées au point de vue chirurgical. » — *Th. de Doct.*, Paris, 1903.

1903 — **Plusieurs appendicectomies** citées par le Professeur Dieulafoy dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu et ses communications académiques sur **l'association de l'appendicite et de la cholécystite.** — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, Paris, 1903, 3e série, t. XLIX, n° 24, p. 652 et 754.

TROISIÈME PARTIE

RÉSUMÉ ANALYTIQUE DES PRINCIPAUX TRAVAUX ÉNUMÉRÉS DANS LA DEUXIÈME PARTIE

PREMIER GROUPE

TRAVAUX DIVERS — MEMBRES — SYSTÈME NERVEUX

I

OBSERVATIONS ET TRAVAUX DIVERS

A. — Recherches sur le poids des nouveau-nés.

1° — Du poids des nouveau-nés, son accroissement physiologique, circonstances qui peuvent le modifier. — *Ann. de Gynéc.*, Paris, 1874, t. II, p. 298 et 366.

Cet article résume les travaux et les faits établissant que les affections du premier âge « se traduisent toujours par un ralentissement dans l'accroissement et partant par une perte de poids ». D'où cette conclusion que les pesées régulières sont, comme l'a dit Winckel, « le meilleur baromètre de la santé du nouveau-né ».

2° — **Courbe d'accroissement démontrant la possibilité du diagnostic de la menstruation de la nourrice par les pesées régulières de l'enfant.**

Cette courbe que j'ai relevée moi-même et que j'ai soumise ensuite au Professeur Budin, a documenté Tarnier et Chantreuil dans le passage suivant de leur *Traité* : « Budin et Segond ont fait la remarque suivante : le tracé graphique des pesées faites chaque jour avec soin leur ayant indiqué, chez quelques enfants, un arrêt de croissance ou une diminution de poids qui se répétaient chaque mois à la même date, ils firent surveiller les nourrices et purent, malgré leurs dénégations, acquérir la certitude qu'elles avaient leurs règles, au moment où le tracé graphique suivait une ligne horizontale ou descendante. » Tarnier et Chantreuil. *Traité de l'Art des accouchements*, Paris, 1882, t. I, p. 859. La même observation a été publiée plus tard dans la *thèse* inaugurale de L. Jacob : Rapports de la menstruation et de l'allaitement. *Th. Doct.*, Paris, 1898, p. 34.

3° — **Relevé des pesées quotidiennes d'un nouveau-né pendant deux mois. Courbe indiquant à la fois l'accroissement du poids, la quantité de lait absorbé chaque jour, le nombre des tétées quotidiennes, l'heure et la valeur en poids de chaque tétée.**

Le tracé de cette courbe est imprimé. Le Professeur Pinard l'a utilisé dans ses cliniques de Baudelocque.

B. — Anesthésie générale et rachi-cocaïnisation.

1° — **Communication sur l'anesthésie combinée avec le bromure d'éthyle et le chloroforme.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 391, 397, 404, 439.

Les travaux du Professeur Terrier et de ses élèves avaient mis cette question à l'ordre du jour. J'en aborde ici l'étude à mon tour. Me basant sur 443 cas, dont 52 cas d'anesthésie par le bromure seul et 391 cas d'anesthésie mixte (bromure puis chloroforme), j'expose les caractères de cette méthode d'anesthésie et les avantages qu'elle peut offrir. Depuis, sans avoir, d'ailleurs, observé d'accidents ou d'incidents

qui aient pu m'influencer, j'en suis néanmoins revenu à notre classique chloroformisation si parfaite et surtout si simple.

2° — **Considérations sur l'anesthésie par l'éther.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 408.

Dans cette note, basée sur 84 éthérisations pour opérations longues et laborieuses, je cherche à établir que les assertions intransigeantes formulées par Ollier, sur les avantages de l'éthérisation, sont excessives. Avec la majorité de mes collègues, je me rallie cependant à cette opinion que, dans certains cas déterminés, l'éthérisation offre de sérieux avantages, à la formelle condition de ne jamais l'employer chez les enfants, chez les vieillards et chez tous les sujets aux prises avec une affection pulmonaire quelconque.

3° — **Note sur la rachi-cocaïnisation.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1901, t. XXVII, p. 780 et p. 783.

Cette note relate quatre cas dans lesquels cette méthode m'a donné des résultats si peu encourageants que je me déclare décidé à en rester là jusqu'à plus ample informé. Et certes, je regrette moins que jamais cette décision.

C. — Kystes hydatiques intra-musculaires et autres tumeurs.

1° — **Note sur un cas de kyste hydatique suppuré développé dans l'épaisseur du muscle grand pectoral, traité et guéri par l'ablation de la poche.** — *Progrès médical*, Paris, 1879, t. VII, p. 497.

Observation banale au point de vue opératoire, mais donnant un exemple des difficultés possibles du diagnostic et montrant bien que les ponctions exploratrices, en pareils cas, ne servent guère qu'à tromper sur la nature de la tumeur.

2° — **Kyste hydatique du droit antérieur de la cuisse, traité et guéri par incision et drainage.** (Observation publiée dans la *thèse* inaugurale de Boncour.) — *Th. Doct.*, Paris, 1878, obs. 4.

3° — **Kyste hydatique des adducteurs de la cuisse gauche. Ablation. Guérison.** (Observation publiée dans la *thèse* inaugurale de Marguet : Kystes hydatiques des muscles volontaires.) — *Th. Doct.*, Paris, 1888, obs. 92, p. 318.

L'intérêt principal de cette observation vient de ce que le malade, homme de trente-huit ans, avait été opéré le 28 septembre 1885, d'un volumineux sarcome développé à la partie antérieure de l'épaule gauche, sarcome que j'avais pu enlever sans recourir à la désarticulation scapulo-humérale conseillée par un autre chirurgien. Lorsque cet homme vint me retrouver, en août 1886, guéri de son épaule, mais porteur d'une grosse tumeur de la racine de la cuisse, j'avais naturellement songé à une tumeur maligne et j'étais loin de me douter qu'il pût s'agir d'un kyste hydatique.

4° — **Kyste hydatique inclus dans le muscle grand fessier, observé sur une femme de trente-trois ans. Ablation. Guérison.** (Observation publiée par mes internes MM. Claisse et Dartigues.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1899, 6e série, t. I, p. 976.

5° — **Présentation d'un kyste hydatique de la langue, observé sur une femme de quarante-neuf ans.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 1062.

J'ai pratiqué l'ablation de ce kyste le 23 novembre 1900. Déposée à froid dans l'épaisseur des muscles de la base de la langue, près de son bord gauche, la tumeur avait les dimensions d'une grosse bille. L'examen de l'opérée n'avait révélé d'autre tumeur kystique en aucun point du corps. Ce fait prouve donc, une fois de plus, qu'on aurait tort de croire, ainsi qu'on l'a prétendu, qu'un kyste hydatique ne peut se développer dans la langue, sans qu'il en existe ailleurs.

6° — **Lipomatose monstrueuse principalement localisée à la partie sous-diaphragmatique du corps, observée sur une femme de quarante-sept ans.** (Observation publiée par MM. Dartigues et Bonneau.) — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, Paris, 1899, 12e année, n° 3, p. 216.

J'ai présenté à la Société de Chirurgie, le 24 mai 1899 (*Bull. et Mém.*

de la Soc. de Chir., t. XXIV, p. 500), les photographies de cette monstruosité, curieuse à regarder, sans doute, mais sans autre intérêt clinique que le siège sous-diaphragmatique de la lipomatose et son origine héréditaire. Le père de la malade était énorme et son frère est connu sous le nom du plus gros conscrit de France.

7° — **Observation de sarcome ossifiant de l'oreille moyenne chez un enfant de huit ans.** (Observation publiée par le Dr Ménière.) — *Bull. de la Soc. laryng., otol. et rhinol.*, Paris, 1894, n° 4.

Ce fait témoigne qu'en présence d'une tumeur dont les caractères cliniques ne sont pas ceux des polypes ou des végétations polypeuses, il ne faut pas hésiter à ouvrir de suite une large voie derrière le pavillon. Opération sans gravité qui permet au chirurgien d'intervenir avant l'envahissement de toute la région.

8° — **Sarcome mélanique de la joue.** (Observation et pièce présentées à la Société anatomique par mes internes MM. Claisse et Dartigues.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1899, 6e série, t. I, p. 936.

9° — **Sarcome de la région sous-maxillaire probablement greffé sur une tumeur d'origine congénitale. Ablation. Guérison.** (Observation et pièce présentées à la Société anatomique par mes internes MM. Maubert et Degorce.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1901, LXXVIe année, 6e série, t. III, p. 556.

10° — **Faits concernant la maladie kystique et les tumeurs kystiques du sein.**

Le premier est celui d'une femme que j'ai opérée d'une grappe kystique du sein droit et que Reclus a présentée plus tard avec une tumeur semblable du sein gauche. (*Bull. et Mém de la Soc. de Chir.*, Paris, 1888, t. XIV, p. 164 et 177.) La deuxième malade est une dame de cinquante ans que j'ai amputée du sein gauche pour un cancer développé sur un sein malade depuis bien des années et dont le Professeur Verneuil avait exigé la conservation, sous le prétexte qu'il s'agissait d'une maladie kystique. Par opposition, il s'agit, dans la troisième observation, d'une maladie kystique bilatérale et authentique, celle-là, dont je suis l'évo-

lution bénigne depuis plusieurs années. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 780.)

11° — **Sarcome du sein de très gros volume.** (Observation et pièce présentées à la Société anatomique par mes internes MM. Claisse et Dartigues.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1899, 6e série, t. I, p. 934.

12° — **Pluralité des néoplasmes en général.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1903, t. XXIX, p. 589.

Entre autres exemples de la coexistence sur le même malade de néoplasmes différents ou de successions néoplasiques plus ou moins complexes, je cite trois faits : le cas d'une femme opérée en même temps d'un petit squirrhe atrophique du sein droit et d'un énorme fibrome du sein gauche ; celui d'une femme de soixante-huit ans que j'ai opérée d'un cancer du sein gauche le 25 janvier 1898, après lui avoir enlevé deux kystes ovariens le 21 juin 1897 ; enfin, le cas d'une femme de cinquante ans, successivement opérée d'un kyste de l'ovaire le 14 novembre 1888, d'un cancer du sein le 14 mai 1894, d'un épithélioma du col par hystérectomie vaginale le 1er juillet 1896. Je termine en disant que, malgré les éclaircissements promis par Richelot à qui voudrait s'élever avec lui, dans les hautes sphères de la pathologie générale, il est à craindre que, de longtemps encore, nous n'en sachions pas plus long qu'aujourd'hui sur le pourquoi scientifique de ces cas bizarres.

13° — **Considérations sur la prétendue valeur des sérums anti-cancéreux et de la quinine dans le traitement du cancer.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris 1902, t. XXVIII ; p. 446.

A propos d'une malade cancéreuse présentée par Richelot comme un exemple des bons effets possibles du sérum de Wlaeff, j'insiste sur les inconvénients qu'il peut y avoir à publier des observations de cet ordre. A l'appui de cette réflexion, je cite un cas de ma pratique dans lequel la guérison tout au moins apparente d'une tumeur ovarienne maligne qu'il m'a été impossible d'enlever, pourrait être mise à l'actif des injections de quinine, comme moyen de guérison du cancer. Mais, dis-je en terminant, il ne faut pas que la publication de ces curiosités

cliniques puisse jamais laisser entendre que dans le traitement du cancer, quel qu'il soit, nous accordons un crédit quelconque à des moyens de traitement, qui s'amélioreront peut être, mais dont l'efficacité reste, pour l'instant, tout entière à démontrer. Cette réflexion s'applique très bien au cas présenté cette année par M. Guinard, cas dans lequel l'ablation de l'utérus et des annexes paraît avoir déterminé l'atrophie d'un cancer du sein. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1904, t. XXX.)

D. — Observations diverses.

1° — **Volumineux anthrax de la nuque**, traité et guéri par des incisions larges suivies de cautérisation au fer rouge. (Observation publiée dans la *thèse* inaugurale de G. Bernard. Traitement des anthrax par le thermo-cautère.) — *Th. de Doct.* Paris, 1878 p. 50.

Ce fait est un exemple probant des merveilleux effets de ce mode de traitement lorsque les anthrax sont assez gros, assez graves ou assez douloureux pour exiger l'intervention chirurgicale.

2° — **Considérations sur le traitement des adénites tuberculeuses par les injections interstitielles de naphtol camphré.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1893, t. XIX, p 452.

Sans méconnaître les indications possibles de cette méthode, je fais cependant observer, avec preuves à l'appui, que l'ablation par le bistouri doit lui être préférée dans la majorité des cas.

3° — **Note sur la chirurgie du poumon.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris. 1895, t. XXI, p. 731 et 732.

A propos de la discussion soulevée, à ce moment, sur l'incision des collections purulentes pulmonaires, j'insiste sur les difficultés du diagnostic et sur la nécessité particulière de toujours faire une ponction exploratrice avant d'inciser.

4° — **Considérations sur la suppression du drainage.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV. p. 380.

A propos d'une importante communication de J. Bœckel sur la sup-

pression du drainage dans les grandes opérations chirurgicales, je discute son absolutisme et je proteste en particulier contre cette assertion que le drainage serait une erreur chirurgicale. Certes, il est de nombreuses opérations dans lesquelles nous avons tout avantage à nous passer du drainage. On peut même les préciser en disant que toute plaie chirurgicale doit guérir sans drainage, quand on peut réaliser trois conditions fondamentales : 1° asepsie, 2° affrontement exact, 3° compression efficace et tolérable ; je cite à mon tour plusieurs faits très probants à cet égard. Mais, toutes les fois que l'une de ces conditions nous fait défaut, le drainage s'impose comme une garantie précieuse et partant, comme une nécessité formelle.

5° — **Valeur des injections sous-cutanées du sérum artificiel chez les grandes opérées.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 809.

Je crois avoir, l'un des premiers, mis a profit cette ressource thérapeutique. Je me suis en effet servi de ce précieux moyen dès 1890 et depuis, je n'ai pour ainsi dire pas fait une grande opération sans recourir systématiquement aux injections sous-cutanées de sérum artificiel, soit pour relever l'état général de mes opérées avant et après l'intervention, soit pour combattre les complications post-opératoires relevant du schock ou des hémorrhagies.

Lorsque cette question est venue devant la Société de Chirurgie en 1895, j'étais donc en possession d'observations déjà suffisamment nombreuses pour documenter la présente note, destinée surtout à montrer que l'une des particularités les plus intéressantes de la méthode sous-cutanée c'est que, les cas d'hémorrhagies profuses étant exceptés, il n'est pas nécessaire de recourir aux doses massives. Chez des opérées même très déprimées, il suffit de quatre à cinq injections de 10 à 30 grammes chaque, par vingt-quatre heures, pour obtenir de bons résultats.

6° — **Radiographie et corps étrangers.** (Présentation de trois radiographies ayant permis l'ablation de fragments d'aiguilles logés dans la paume de la main et d'une canule oubliée dans le sinus maxillaire.) — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1898, t. XXIV, p. 233.

7° — Œsophagotomie externe pour extraction de corps étranger. Deux observations.

Première observation : Œsophagotomie externe pratiquée, en août 1889, sur une femme de trente-six ans, pour extraire une pièce dentaire avalée pendant le sommeil. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1893, t. XIX, p. 188.

Deuxième observation : Œsophagotomie externe, pratiquée le 4 avril 1898, sur une femme de cinquante et un ans, pour extraire un fragment de pièce dentaire avalé pendant un repas. Voici les particularités intéressantes de ce fait :

1° C'est par la radiographie que le diagnostic de présence a été fait et j'ai pu, de la sorte, éviter à la patiente les ennuis des explorations plus ou moins pénibles qui sont de règle en pareil cas.

2° Le diagnostic une fois porté, j'ai, de parti pris, pratiqué l'œsophagotomie externe, sans faire la moindre tentative d'extraction par voies naturelles. C'est la seule conduite prudente à suivre, toutes les fois que le corps étranger à extraire présente soit un crochet, soit une pointe quelconque susceptible de labourer l'œsophage, sous l'influence de toute traction, exercée par les voies naturelles, et par conséquent sans contrôle.

3° Contrairement au conseil donné par plusieurs chirurgiens j'ai suturé toute l'étendue de la plaie œsophagienne et, qui plus est, je n'ai pas hésité à placer la suture sur la couche musculaire de l'œsophage. J'ai du reste procédé de même et avec le même succès dans l'observation précédente.

4° J'ai laissé la malade avaler elle même dès le premier jour, sans recourir à la sonde œsophagienne et avec la seule précaution de ne permettre l'usage des aliments solides qu'au bout de dix jours. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1899, t. XXV. p. 783.

II

CHIRURGIE DES MEMBRES

A. — Travaux divers.

1° — **Recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse.** — Brochure in-8° avec 8 figures originales, Paris, 1879. Publications du *Progrès médical.* — Voir *Progrès médical*, Paris, 1879, t. VII, p. 297, 319, 340, 379, 400, 419.

Depuis les travaux de Bonnet jusqu'à cette publication, les lésions articulaires consécutives aux mouvements forcés du genou ont été peu étudiées et l'histoire de l'hémarthrose du genou s'est trouvée particulièrement négligée. C'est pour essayer de combler cette lacune, que j'ai entrepris les recherches cliniques et les expériences qui documentent ce mémoire.

Dans un premier chapitre consacré à la pathogénie, j'expose le résultat de mes expériences cadavériques. Celles-ci ont porté sur plus de quatre-vingt-dix genoux que j'ai soumis aux mouvements forcés voulus d'extension, d'adduction, d'abduction et surtout de rotation pour obtenir les lésions de l'entorse et rechercher ensuite, par une dissection attentive, une déchirure, une lésion quelconque suffisant, par sa nature et son siège, à la production de l'épanchement de sang auquel j'ai donné, l'un des premiers je crois, le nom d'hémarthrose. Je me permets d'observer que ces expériences inspirées de celles de Bonnet n'en sont point, cependant, la simple reproduction. Elles en diffèrent au double point de vue de leur dispositif et de leur but. En effet, Bonnet poussait à l'extrême, si je puis ainsi dire, les mouvements forcés dont il voulait étudier les effets. Il avait été ainsi conduit à avancer, par exemple, que les mouvements forcés de rotation laissent l'articulation intacte et fracturent les deux os de la jambe : assertion tout à fait contraire aux données de la clinique, puisque celle-ci démontre que l'entorse par rotation, malgré l'avis inverse de quelques auteurs, est de beaucoup la plus fréquente.

Or, s'il est vrai que tel est le traumatisme obtenu quand on se sert, à la manière de Bonnet, « du pied comme d'un levier », pour lui imprimer un mouvement de rotation violent, il en est tout autrement quand on prend la jambe à pleine main pour la porter en rotation interne ou externe, quand on se garde, en un mot, des dislocations excessives, pour se rapprocher, autant que possible, des conditions pathogéniques habituelles, non point des grands traumatismes articulaires, mais de la simple entorse compliquée souvent d'hémarthrose.

C'est précisément ce que j'ai fait, et j'ai pu de la sorte tracer, pour

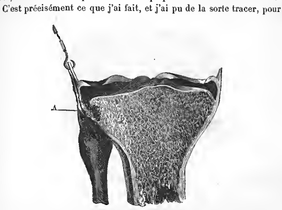


Fig. 1. — Coupe transversale du tibia passant par le milieu de la lésion que nous avons décrite au-dessus et en arrière du tubercule de Gerdy.

A, profil de cette lésion.

la première fois, la description des lésions de l'entorse par rotation forcée avec épanchement sanguin.

Parmi ces lésions, il en est une dont la description m'appartient. Cette lésion que j'ai obtenue dix-sept fois sur quarante expériences de torsion du genou en dedans, porte sur la tubérosité tibiale externe. Les figures 1, 2 et 3, que je dois à mon ami Brissaud, en donnent la parfaite reproduction. Remarquable par la fixité de son siège, elle est constituée par une petite cavernule creusée dans le tissu spongieux du tibia. Elle communique avec l'intérieur de la jointure par une petite fente antéro-postérieure, dont la lèvre externe est

formée par la synoviale déchirée et dont la lèvre interne répond exactement, en général, à cette arête mousse, constituée par l'union de la face supérieure et de la face externe du plateau tibial.

Cette boutonnière, cette fissure, cachée par le fibro-cartilage semi-lunaire externe, présente une largeur variable. Parfois très petite, elle ne dépasse jamais le niveau du tubercule du jambier, en avant, et le niveau de l'articulation péronéo-tibiale, en arrière. La plaie spongieuse dans laquelle elle conduit, présente en général de 5 à 10 millimètres de profondeur. Lorsqu'on écarte les lèvres de cette boutonnière, en

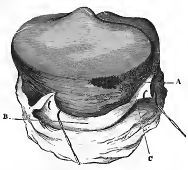


Fig. 2. — Tubérosité externe du tibia.

Même lésion que dans la planche précédente. Le fibro cartilage B, renversé en dehors, laisse voir la fente A, qui met les aréoles spongieuses du tibia en communication avec la cavité articulaire. — La petite croix C, indique la situation du tubercule du jambier antérieur.

renversant au dehors la partie correspondante de la capsule articulaire (fig. 2), elle prend la forme d'un petit nid de pigeon. Ainsi, communication exclusive des aréoles spongieuses du tibia avec la cavité de l'articulation, tel est son caractère principal.

Cette lésion qu'on peut dire pathognomonique de l'entorse par rotation en dedans de la jambe, celle-ci étant modérément fléchie, a ceci de particulier que souvent sa production ne réclame pas un grand effort. Dès les premiers mouvements de torsion, on perçoit un petit craquement et la déchirure est faite. Elle existe alors seule et sans autre désordre articulaire, détail important au point de vue qui nous occupe.

La symptomatologie de l'hémarthrose, son diagnostic et son trai-

tement forment l'objet des chapitres qui suivent. Les pièces justificatives viennent ensuite et je termine par les conclusions suivantes :

I. L'entorse du genou peut se compliquer d'un épanchement intra-articulaire constitué par du *sang pur*.

II. Cette hémorrhagie intra-articulaire est due, soit à la communication des aréoles spongieuses du fémur ou du tibia avec l'intérieur de la cavité articulaire, soit à la rupture des rameaux de l'articulaire moyenne et des petits vaisseaux que renferme le ligament adipeux.

Ces conditions se trouvent réalisées lorsque les ligaments croisés

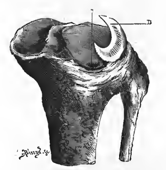


Fig. 3. — Même lésion.

A, montre l'étendue habituelle de la fissure osseuse dans les cas où elle existe seule sans autre lésion articulaire.

arrachent leurs points d'insertion ou se déchirent, lorsqu'il y a rupture du ligament adipeux, et lorsque la fissure osseuse, dont nous avons donné la description, se produit en arrière et au-dessus du tubercule du jambier antérieur. Cette dernière lésion ne peut-être observée que dans les entorses par rotation forcée en dedans; les autres se produisent indifféremment dans presque tous les mouvements forcés de la jointure.

III. Il n'est pas exact de dire, avec Bonnet, que l'exagération des mouvements de rotation du genou laisse toujours intacte l'articulation et détermine fatalement la fracture des deux os de la jambe. L'exagération des mouvements de rotation entraîne, au contraire, des lésions très caractéristiques du côté de l'articulation du genou et figure à l'étio-

logie dans la très grande majorité des entorses de cette articulation.

IV. L'abondance de l'épanchement, la rapidité de sa production, la lenteur, souvent excessive, de sa résorption, tels sont les principaux traits cliniques de l'hémarthrose du genou.

V. Dans le diagnostic des épanchements sanguins du genou, les considérations tirées de leur abondance et de l'époque de leur apparition ont une valeur considérable et pour ainsi dire pathognomonique.

Le caractère pâteux ou crépitant de la fluctuation, les ecchymoses péri-articulaires précoces, sont des signes exceptionnels et leur absence ne saurait en rien modifier le diagnostic hémarthrose, lorsqu'on est en présence d'un épanchement traumatique très abondant et très rapide.

L'exploration méthodique de la jointure, la recherche des points douloureux et des mouvements anormaux peuvent, dans certains cas, fournir des renseignements précieux sur la nature exacte des lésions articulaires, mais il faut savoir que bien souvent le diagnostic des sources de l'hémorrhagie ne peut se faire que par exclusion et n'a d'autre base que les donnécs de l'expérimentation.

VI. — Dans la plupart des cas la ponction articulaire, immédiatement suivie de l'immobilisation et de la compression méthodique du membre inférieur, constitue le plus sûr et le meilleur traitement des épanchements sanguins du genou par entorse.

2° — Note sur un cas d'arrachement du point d'insertion des deux languettes phalangettiennes de l'extenseur du petit doigt, par flexion forcée de la phalangette sur la phalangine. — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1879, LIVe année, 4e série, t. IV, p. 724.

Cet arrachement n'a jamais été décrit ni même signalé avant la présente note. Dans le fait qui me l'a inspirée, l'arrachement provoqué par un mouvement forcé de l'articulation phalangino-phalangettienne portait sur l'extenseur du petit doigt de la main droite. La figure 4, dessinée d'après un moulage pris au lendemain de l'accident, donne bien l'aspect de la déformation. L'hypothèse d'un arrachement limité à l'insertion de l'extenseur sur la phalangette était seule susceptible d'expliquer l'attitude de la phalange, la conservation des mouvements de flexion et l'abolition des mouvements d'extension. Toutefois, l'examen direct faisant défaut, j'ai institué un certain nombre d'expériences sur le cadavre pour suppléer à cette lacune. Mes résultats expérimentaux confirment le diagnostic auquel j'ai cru devoir me rattacher; les voici :

En me plaçant dans des conditions identiques à celles qui ont présidé au traumatisme dans le cas précédent, j'ai déterminé, sur plus de vingt doigts, l'arrachement des deux languettes d'insertion phalangettienne de l'extenseur. Sur les sujets très vigoureux et jeunes, la production du traumatisme exige parfois un effort violent. Mais, dans la majorité des cas et particulièrement chez les femmes, il suffit d'une pression peu



Fig. 4.

intense pour obtenir un petit craquement attestant que la lésion est produite. En général, les deux languettes tendineuses arrachent, sur le bord antérieur de la facette articulaire, une lamelle de tissu osseux fort mince, mesurant à peine deux millimètres de longueur. Sur les sujets âgés, la plaie osseuse est souvent plus considérable et c'est une véritable fracture de la phalangette que l'on obtient. Ces quelques nuances dans les résultats étaient faciles à prévoir, elles sont en

harmonie avec ce que l'on sait des arrachements ligamenteux étudiés dans les diverses articulations.

Le mécanisme de l'arrachement est ici facile à comprendre. Lorsqu'on fléchit brusquement la phalangette sur la phalangine, en prenant point d'appui sur l'extrémité supérieure de celle-ci et sur l'extrémité libre de celle-là, on transforme cette dernière en un levier du premier genre. La puissance est au niveau de l'extrémité libre de la phalangette, l'appui au point de contact des surfaces articulaires et la résistance au niveau de l'insertion phalangettienne de l'extenseur qui, dès lors, cède facilement. En effet, le point d'appui que l'on prend sur l'extrémité supérieure de la phalangine immobilise dans une certaine mesure, le tendon extenseur; ses deux languettes phalangettiennes sont, pour ainsi dire, isolées du reste du muscle, elles prennent la signification d'un ligament, et c'est à ce titre qu'elles arrachent leur lamelle osseuse d'insertion au lieu d'obéir aux lois bien différentes qui président, en général, aux arrachements des tendons musculaires.

Le traitement de cette lésion particulière est tout indiqué : il se résume à immobiliser le doigt dans la rectitude, à l'aide d'un appareil approprié. Le seul point à retenir c'est que le moindre *retard* dans l'application de l'appareil peut entraîner l'impossibilité définitive de rendre au doigt sa rectitude normale. J'ajoute que, même lorsqu'il est appliqué à temps, c'est-à-dire dans les deux ou trois jours ou mieux tout de suite, l'appareil doit rester en place cinq ou six semaines au moins, sous peine de voir la déformation se reproduire.

3° — Etude sur les modifications du calibre des vaisseaux dans les membres amputés. — *Revue de Chirurgie*, Paris, 1882, t. I. p. 621 et 746.

Cette étude, inspirée par le Professeur Verneuil, a pour base l'examen attentif de plusieurs pièces de musée, mes dissections personnelles, et quelques recherches sphygmographiques faites sur le chien, avec le concours de Laborde, dans le but d'étudier les modifications de la pression sanguine après ligature des artères des membres ou même après leur amputation. Trois figures semblables à celle que je reproduis ici et quatre tracés sphygmographiques facilitent mes descriptions (fig. 5).

Cette figure schématique permet de comparer d'un coup d'œil les dimensions des vaisseaux dans un moignon d'amputation de jambe et dans le membre sain. J'ai procédé de même pour toutes les pièces que

j'ai examinées. Ainsi documenté, je m'efforce de répondre aux cinq questions suivantes :

I. — La diminution du calibre des vaisseaux dans les membres amputés est-elle un phénomène habituel?

II. — Dans quelle mesure et dans quelle étendue se fait-elle sentir?

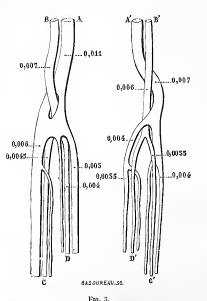


Fig. 5.

A, veine poplitée droite; A', veine poplitée gauche; B, artère poplitée droite; B', artère poplitée gauche; C, artère tibiale antérieure droite; C', artère tibiale antérieure gauche D, artère tibiale postérieure droite; D', artère tibiale postérieure gauche.

III. — Quelle est son époque probable d'apparition?

IV. — L'amoindrissement de l'irrigation vasculaire a-t-il une influence pathogénique sur l'atrophie des membres amputés?

V. — Quelle est la cause immédiate de cette diminution du calibre des vaisseaux à la suite des amputations?

Voici mes conclusions :

I. — A la suite des amputations, les artères et les veines du membre opéré subissent, presque toujours, une notable diminution de calibre. Celle-ci s'observe alors même que le segment retranché représente, comme dans les amputations du pied ou de la main, une faible partie de la masse totale du membre.

II. — L'étendue de cette diminution de calibre est telle que l'irrigation vasculaire se trouve amoindrie, non seulement dans le moignon lui-même, mais dans le membre mutilé, depuis son extrémité jusqu'à sa racine.

III. — La diminution du calibre des vaisseaux est précoce. Elle ne doit pas être considérée comme consécutive à l'atrophie du membre amputé. En effet, dès que ce dernier phénomène se développe, on trouve toujours une diminution du calibre des vaisseaux et celle-ci peut même se montrer avant que l'atrophie des parties molles soit appréciable.

IV. — La diminution primitive du calibre des vaisseaux joue probablement un rôle pathogénique important dans l'atrophie des membres amputés.

4° — **Rapport sur un nouveau procédé de désarticulation de l'épaule proposé par M. Félizet.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 793 et 796.

Ce nouveau procédé consiste à faire une raquette dont le manche siège sur la ligne d'incision de la ligature de l'axillaire dans l'aisselle et dont le rond circonscrit la partie inférieure de la région deltoïdienne. La nécessité d'ajouter un nouveau procédé de désarticulation de l'épaule à tous ceux que nous possédons déjà se faisait-elle réellement sentir? C'est au moins discutable, et pour ne citer qu'un exemple, je doute fort que la raquette à manche axillaire de Félizet soit jamais considérée comme supérieure au procédé que Farabeuf décrit comme procédé de choix (raquette de Larrey et coupe des muscles à la manière de Marcellin Duval). En résumé le procédé de Félizet se recommande sans doute à l'attention, mais il présente certaines difficultés d'exécution qui en feront toujours un procédé d'exception.

B. — Recueil de faits.

1° — **Un cas d'extirpation totale de la clavicule pour tumeur osseuse maligne.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 144.

Chez un grand et solide campagnard de soixante-six ans, la totalité de la clavicule gauche était envahie par une volumineuse tumeur offrant tous les caractères de l'ostéo-sarcome. L'opération fut donc décidée et pratiquée, sans incident, le 28 septembre 1888. Pendant les premiers jours qui suivirent tout alla bien, puis après quarante-huit heures de prostration sans fièvre ni complication, le malade succomba le huitième jour. La cause de cette terminaison imprévue nous fut révélée à l'autopsie. Le rein gauche était cancéreux et par conséquent le néoplasme claviculaire était secondaire ; il s'agissait, du reste, non point d'un ostéo-sarcome mais d'un carcinome proprement dit. Ce fait montre, une fois de plus, combien il faut se méfier, en pareils cas, des lésions viscérales méconnues.

2° — **Paralysie infantile localisée au membre supérieur gauche. Amputation intra-deltoïdienne. Guérison.** (Observation publiée par mes internes Durrieux et Dartigues.) — *Revue d'Orthopédie*, Paris, 1900, 2e série, t. I, p. 102.

Les détails fort complets fournis par Durrieux et Dartigues sur les altérations histologiques des os, des nerfs, des vaisseaux et des muscles du membre amputé, aussi bien que sur l'étiologie et les symptômes de son atrophie paralytique, donnent à cette observation un réel intérêt. Elle est, en outre, un exemple curieux et tout au moins rare, des indications possibles de l'amputation d'un membre paralytique. Dans le cas particulier, l'indication opératoire se réduisait à ceci : membre atrophié, tout à fait inerte, pendant le long du corps et soumis à des heurts continuels, si douloureux pour la patiente qu'elle déclarait l'existence impossible dans ces conditions. C'est donc uniquement pour éviter ces souffrances intolérables que j'ai supprimé leur cause. J'ajoute que je n'ai eu qu'à m'en louer car l'opérée, que je vois souvent, s'en félicite elle-même sans la moindre arrière pensée.

3° — **Gangrène du pied consécutive à une brûlure du creux poplité. Emphysème remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Amputation circulaire à la racine de la cuisse. Guérison.** (Observation relatée à la Société de Chirurgie le 5 octobre 1887.) — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1887, t. XIII, p. 525.

4° — **Un cas d'ankylose osseuse du coude. Ostéotomie trochléiforme. Résultats éloignés.** (Observation publiée par mon interne M. Dartigues.) — *Revue d'Orthopédie*, Paris, 1900, t. I, p. 271.

Ce cas me semblait favorable à un essai de l'opération préconisée par Defontaine (du Creuzot), mais le résultat n'a pas été heureux. Sans doute la jeune femme, dont il est ici question, est satisfaite d'avoir l'avant-bras maintenant fléchi et non plus en complète extension, comme avant l'opération. Mais l'articulation s'est peu à peu ankylosée de nouveau.

Convaincu que ce mauvais résultat doit être presque la règle en pareil cas, j'ai conseillé à Dartigues la publication de cette observation à titre de document confirmatif des opinions défendues à la Société de Chirurgie, notamment par Kirmisson et Nélaton.

Voici du reste la conclusion de Dartigues : « S'il est incontestable que quelques rares chirurgiens aient obtenu des résultats presque parfaits à la suite d'ostéotomie trochléiforme, le cas de M. Segond, bien que toutes conditions de réussite aient été mises en œuvre (opération bien conduite, interposition d'une lame de taffetas entre les deux surfaces osseuses, mobilisation précoce, séances de massage et d'électrisation poursuivies avec patience), prouve que cette intervention ne donne pas les résultats constants qu'on en pouvait espérer.

5° — **Fracture par cause indirecte de la première phalange des quatre premiers orteils.** (Observation publiée par mon interne M. Dartigues.) — *Revue d'Orthopédie*, Paris, 1900, 2e série, t. I, p. 207.

Cette observation emprunte son intérêt unique à ce qu'il est tout à fait exceptionnel de voir les phalanges se fracturer sous l'influence d'une cause indirecte. Peut-être même est-elle le premier exemple connu d'une fracture de cet ordre intéressant les quatre premiers orteils.

6° — **Un cas d'abcès tuberculeux de la cuisse, traité par incision, ablation des parties malades et suture consécutive de la plaie.** — Clinique faite à l'hôpital de la Charité. — *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1887, p. 1237.

Cas cité dans une clinique sur la valeur comparée des injections d'éther iodoformé et de l'intervention sanglante dans le traitement des abcès froids, clinique dont le but essentiel était de prouver à mes auditeurs que toutes les fois qu'il est possible et raisonnable de réaliser la destruction totale des lésions tuberculeuses, il faut toujours donner la préférence au bistouri.

7° — **Considérations sur la valeur des interventions partielles dans la tuberculose des os du pied.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 352.

A propos d'une communication de M. Berger sur les avantages de l'opération de Wladimiroff-Mickulicz, (avantages, à mon avis, très contestables), j'insiste, avec l'appui de mes interventions personnelles, sur la fréquence des récidives après les interventions partielles en cas de tuberculose des os du pied, et sur les indiscutables bienfaits des amputations pratiquées en temps opportun. J'entends parler ici des adultes seulement, car, chez les sujets jeunes et surtout chez les enfants, les méthodes conservatrices reprennent tous leurs droits.

8° — **Présentation d'une pièce de varice anévrysmoïdale de la saphène interne droite au voisinage de son embouchure.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 387.

L'opéré était un homme de quarante-six ans, entré dans mon service pour demander, disait-il, la cure radicale d'une hernie crurale qui avait, occasionné les jours précédents, des troubles assez sérieux pour faire croire à un étranglement. Je passe sur les détails de l'observation et de l'ablation de la tumeur pour ne rappeler ici que ses caractères. Cette tumeur se présentait sous la forme d'une poche anévrysmale circonscrite, communiquant avec la veine par un orifice circulaire étroit et développé sans que la saphène eût subi la moindre dilatation, soit au-dessous, soit au-dessus. Le contenu de la poche était constitué

par des caillots adhérents aux parois, et celles-ci présentaient, plus ou moins modifiés, les caractères habituels des tuniques vasculaires.

La possibilité de rencontrer des dilatations veineuses aussi limitées, irréductibles, et par conséquent privées de leurs symptômes révélateurs habituels mérite d'autant plus l'attention qu'en pareil cas, le pronostic peut être fort sérieux. On croit à une hernie, on en recherche la réduction, et cette manœuvre provoque une embolie mortelle.

9° — **Observation d'une malade opérée avec succès d'un lymphangiome de la région crurale droite.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1897, t. XXIII, p. 705.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, qui depuis dix ans, portait une tumeur crurale, fluctuante, réductible, mollasse et sans bosselures. J'opérais cette femme avec la pensée de trouver un abcès froid, mais je tombai sur une tumeur, formant une sorte d'éponge conjonctive, dont les vacuoles étaient formées par des dilatations pleines de lymphe. L'ablation dût rester partielle à cause des prolongements que la tumeur envoyait au loin dans les interstices musculaires. Je réunis cependant sans drainage, et la malade guérit par première intention. Elle était, deux ans après, en parfait état. La pièce a été l'objet d'un examen histologique très complet dont M. Jonnesco a donné tous les détails à la Société anatomique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1890, 5e série, t. IV, p. 59 à 64.)

10° — **Sarcome fuso-cellulaire à myéloplaxes des gaînes tendineuses développé sur la deuxième phalange du petit doigt de la main droite chez une femme de vingt-cinq ans. Ablation. Guérison.** (Pièce présentée à la Société anatomique, par mon interne M. Degorce.) — *Bull. et Mém. de la Soc. Anat.*, Paris, 1901, 6e série, t. III, p. 556.

III

CHIRURGIE DU SYSTÈME NERVEUX ET CHIRURGIE DES NEVROPATHES

A. — Chirurgie du système nerveux.

1° — **Balle de revolver ayant séjourné dans le cerveau. Epilepsie traumatique. Détermination du siège de la balle par la radiographie. Extraction par craniectomie à volet osseux. Guérison.** — *Th. de Doct.*, Paris, 1902.

Il s'agit d'un jeune homme que j'ai opéré, à la Salpêtrière, le 14 juillet 1897. Son observation, très complète, a servi de point de départ à la *thèse* inaugurale de mon interne Blandin sur l'épilepsie traumatique consécutive aux plaies du crâne par armes à feu.

2° — **Résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin dans la fente ptérygo-maxillaire par la voie temporale.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1890, t. IV, p. 442, et *Rev. de Chir.*, Paris, 1890, t. X, p. 173.

Trois observations servent de base à ce travail. Ce sont les trois premières résections du nerf maxillaire qui aient été pratiquées en France par voie temporale, c'est-à-dire par le procédé de Lossen-Braun. Chalot était alors parmi nous, le seul auteur qui en eut donné la brève description, chacun pensait, avec Pozzi, qu'il s'agissait là d'un procédé trop grave pour être adopté et les faits publiés comprenaient uniquement onze opérations pratiquées à l'étranger. J'ajoute que nous étions tous assez mal fixés sur le manuel opératoire du procédé. La courte description de Chalot, n'était pas tout à fait exacte, et, de leur côté, Lossen, Braun et Czerny avaient été bien laconiques, je crois donc avoir fait œuvre utile en m'efforçant de rappeler les indications de l'opération, de mettre en lumière son indiscutable supériorité et surtout de donner une description précise et (je pourrais presque le dire) nouvelle du meilleur manuel opératoire à suivre.

La figure 6, que je dois à mon maître Farabeuf, montre les quatre premiers temps de l'opération telle que je l'ai décrite :

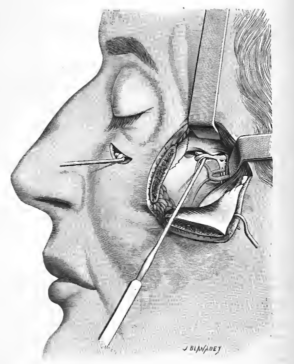


Fig. 6. — Résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel dans la fente ptérygo-maxillaire.

Cette figure est un peu schématique et sa clarté saisissante ne répond pas absolument à la réalité. Elle est cependant exacte et donne la reproduction fidèle du temps opératoire dans lequel on charge le nerf. Le lambeau ostéo-musculaire résultant de la résection temporaire de l'arc zygomato-malaire est renversé en bas et retenu par une érigne. Deux écarteurs de Farabeuf réclinent en arrière le muscle temporal. Le nerf maxillaire supérieur est chargé sur un crochet à strabisme et attiré en dehors au-devant de la crête osseuse, qui toujours gêne plus ou moins l'accès de la partie supérieure de la fente ptérygo-maxillaire. Le ganglion se voit en arrière. Un deuxième crochet à strabisme charge le nerf sous-orbitaire à son émergence.

1° L'incision des téguments;

2° La résection temporaire de l'arc zygomato-malaire;

3° La mise à nu de la fente pharyngo-maxillaire par écartement du muscle temporal;

4° La recherche et la résection du nerf avec ablation concomitante du ganglion sphéno-palatin, puis arrachement du nerf sous orbitaire.

3° — **Note sur la résection du nerf maxillaire supérieur.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1892, t. XVIII, p. 375.

A propos d'une communication de Chalot sur ce sujet, je reviens ici sur la description du manuel opératoire, et je donne les résultats éloignés de mes quatre premières opérations.

4° — **Note sur la suture des nerfs.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1887, t. XIII, p. 349 et 350.

A propos d'une discussion soulevée à la Société de Chirurgie sur la suture des nerfs, je cite l'observation curieuse d'une jeune fille que j'ai soignée d'une plaie du poignet compliquée de section du médian, du cubital et des tendons voisins. Une heure après l'accident, j'avais constaté l'anesthésie complète dans les zones d'innervation de ces deux nerfs. Or, un quart d'heure après la suture des deux nerfs, la sensibilité avait nettement reparu dans ces mêmes zones. Il y avait donc eu restitution instantanée de la sensibilité par simple contact des bouts nerveux.

B. — Opérations chez les névropathes.

1° — **Une opération chirurgicale pendant le somnambulisme provoqué.** (Observation publiée par M. B. Janet.) — *Journal de Neurologie et d'Hypnotisme*, Bruxelles, janvier 1897.

Il s'agit d'une hystérique de vingt-quatre ans qui a pu, grâce à l'hypnotisme, supporter sans souffrir une dilatation du col suivie de curettage.

2° — **Délire de persécution; kyste dermoïde de l'ovaire; ablation du kyste; disparition des troubles mentaux.** (Observation publiée

par M. Aug. Voisin.) — *Journal de Médecine*, Paris, 1897, n° 10, p. 121.

3° — **Considérations sur les psychoses post-opératoires.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1898, t. XXIV, p. 375.

Sur 642 opérées que j'ai pu suivre après leur avoir pratiqué l'ablation bilatérale des ovaires ou la castration utéro-annexielle, j'en ai vu quatre seulement dont l'état mental ait été plus ou moins influencé par l'opération. Trois étaient des hystériques de vieille date. La quatrième, chez laquelle la monomanie du vol à l'étalage se serait, disait-on, manifestée après une hystérectomie, n'était certes pas à son coup d'essai lorsque son avocat me fit, sans le moindre succès du reste, demander un certificat à décharge.

Cette statistique sert de base à cette communication dans laquelle je me propose avant tout d'établir que les psychoses post-opératoires ne s'observent guère que chez les prédisposées, les hystériques ou les dégénérées et que la castration ne rend folles que les femmes qui l'étaient déjà. Toutefois, s'il est par cela même évident que la crainte d'une perturbation mentale ultérieure ne doit jamais contrebalancer une indication opératoire précise, il est non moins certain, j'insiste beaucoup sur ce point, que cette indication opératoire doit être particulièrement indiscutable. On ne saurait trop souligner ce dernier précepte. C'est en le négligeant, c'est en provoquant la ménopause artificielle chez des femmes dont l'utérus et les annexes ne sont pas assez malades pour exiger l'emploi du bistouri, qu'on s'expose à faire des nerveuses ou des déséquilibrées qui, d'ordinaire, souffrent autant et même plus après l'opération que par le passé.

Avant cette communication, j'avais déjà insisté sur la rareté des psychoses post-opératoires en étudiant les suites éloignées de l'hystérectomie vaginale dans un rapport au Congrès de Bruxelles (voir p. 36). La note concernant ce point particulier se trouve aussi dans un article de Luys sur les *Folies sympathiques et consécutives aux opérations gynécologiques* (*Ann. de Psychiatrie et d'Hypnotisme*, numéro de juin, 1893).

DEUXIÈME GROUPE

ORGANES GÉNITO-URINAIRES — ANUS ET RECTUM

I

CHIRURGIE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

A. — Organes génitaux de l'homme.

1° — **Varicocèle.** — *Nouv. Dict. de Méd. et de Chir. pratiques*, Paris, 1885, t. XXXVII, p. 234 à 306.

Cet article, illustré de vingt-huit figures, contient une étude complète du sujet, et **surtout de tous les faits relatifs au traitement.**

2° — **De la cure radicale du varicocèle** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité, le 17 août 1888). — *Semaine médicale*, 1888, p. 385.

Cette leçon contient le rappel et l'étude des indications propres à chacune des opérations dont le varicocèle est justiciable.

3° — **Rapport sur une communication du Dr Jamin intitulée : Impuissance congénitale guérie par l'opération du varicocèle.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, **Paris, 1889, t. XV, p. 175 et 183.**

A propos de ce fait curieux, dont l'interprétation demeure sans doute délicate, mais dont la sincérité clinique, si je puis ainsi dire, **démontre tout au moins qu'il serait excessif de vouloir toujours incriminer l'hypochondrie ou les influences psychiques pour expliquer la frigidité de certains sujets atteints de varicocèle, j'aborde la question plus générale des procédés opératoires dans la cure du varicocèle. A**

leur propos, je reviens sur cette opinion développée dans mon article du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, que le varicocèle n'étant pas toujours semblable à lui-même, il doit en être de même pour le procédé opératoire qu'on choisit.

Ainsi, lorsque les varices sont petites, très douloureuses et les dimensions du scrotum peu modifiées, il suffit d'agir sur les veines. De même, lorsque le relâchement excessif des bourses est le symptôme dominant, la résection bi-latérale du scrotum (procédé de Henry, de New-York, renouvelé d'A. Cooper) devient le procédé de choix. Il est enfin admis que, dans la majorité des cas, la double indication d'agir à la fois sur les veines et sur le scrotum se présente et c'est alors aux méthodes combinées qu'il faut recourir. Je termine par quelques réflexions sur la bénignité, la simplicité d'exécution et la valeur curative de la simple résection scrotale lorsqu'elle est appliquée avec discernement.

4° — **Note sur l'opération du varicocèle.** — *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, Paris, 1889. t. VII, p. 201.

Cet article n'est qu'un résumé de la discussion soulevée à la Société de Chirurgie par mon rapport sur la communication du Dr Jamin.

B. — Urèthre et Prostate.

1° — **Rétrécissement de l'urèthre. Valvule du col vésical. Rétention d'urine. Distension de la vessie avec hypertrophie de la tunique musculaire et formation de cellules spacieuses.** — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1879, 4e série, t. IV, p. 714.

L'intérêt de cette observation et des renseignements fournis par l'autopsie venait surtout de la disproportion manifeste existant entre le degré du rétrécissement urétral (assez peu accusé pour laisser quatre millimètres de diamètre à la lumière du canal, au niveau du point le plus étroit), et l'étendue de la distension de la vessie qui ne mesurait pas moins de vingt-huit centimètres de hauteur. Il y avait donc là, confirmation de cette assertion de M. Guyon *que l'on pisse bien plus avec sa vessie qu'avec son canal.*

L'absence de tout retentissement réaal, les altérations de l'urine accumulée dans la vessie, l'existence au niveau du bas-fond d'une

série de dépressions muqueuses limitées par des colonnes musculaires hypertrophiées et permettant en quelque sorte l'étude de la cellule vésicale à des âges successifs, enfin, les lésions ulcéreuses de la muqueuse au niveau de la cellule vésicale la plus spacieuse, tout cela méritait aussi l'attention.

2° — Étude sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre. (En collaboration avec M. E. Brissaud.) — *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, Paris, 1881, deuxième série, t. XVIII, p. 625.

L'anatomie macroscopique des rétrécissements de l'urèthre est connue. Par contre, leur mode de développement et leur structure vraie offrent encore bien des côtés obscurs. On n'a pas suffisamment recherché, dans la structure des urèthres rétrécis, l'explication de certaines propriétés des rétrécissements, constatées journellement en clinique, mais sur lesquelles nous ne possédons, en fait, que des données empiriques. Nous devons à l'obligeance du Professeur Guyon d'avoir pu examiner les urèthres des deux malades morts dans son service.

Voici les principales indications anatomo-pathologiques que le microscope nous a fournies. Tout d'abord, il était manifeste que l'urèthre, dans toute la portion rétrécie, était le siège d'un processus inflammatoire chronique qui se traduisait : 1° sur la muqueuse, par une modification très appréciable de la nature de l'épithélium dont les cellules étaient devenues cubiques; 2° dans le chorion, par un épaississement de cette membrane dont la trame était infiltrée d'un grand nombre d'éléments embryonnaires ; 3° par les portions fibreuses du rétrécissement lui-même, par une vascularisation exagérée et une prolifération embryonnaire analogue à celle du chorion. Nous mentionnons aussi un aspect spécial de la muqueuse, elle-même, dû à des foyers nodulaires de prolifération épithéliale qui formaient, à l'intérieur de la lumière urétrale, de petites saillies papilliformes. C'est surtout à la face inférieure de la paroi du canal que siégeaient ces petites productions.

Sur des coupes d'ensemble perpendiculaires à l'axe de la verge, montrant la disposition de toutes les parties constitutives du conduit uréthral rétréci, voici dans quel état nous les trouvons : le cercle périuréthral compreud quatre segments parfaitement nets :

1° Un segment inférieur fibreux;

2° Un segment supérieur élastique;

3° et 4° Deux segments latéraux de tissu spongieux respecté.

Les lésions procèdent toujours du même type et donnent la clef de la pathogénie.

L'existence possible d'un tissu à propriétés élastiques à la partie supérieure des rétrécissements de l'urèthre offre une grande importance. Elle montre, en effet, que la paroi supérieure de l'urèthre, celle que M. Guyon nomme à si juste titre la paroi chirurgicale, peut rester élastique alors même que le conduit est modifié par le processus habituel des rétrécissements organiques.

3° — **Des abcès urineux.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité, le 14 septembre 1887.) — *Semaine méd.*, 1887, p. 405.

Basée sur plusieurs observations des rétrécissements urétraux alors en traitement dans le service, cette leçon contient l'étude du mode de production des abcès urineux et l'exposé des règles de leur traitement.

4° — **Note sur la recherche du bout uréthral postérieur en cas d'uréthrotomie externe sans conducteur.** — *Bull. et Mém. de la Soc. Chir.*, Paris, 1888, t. XIV, p. 161.

A propos d'un cas dans lequel Schwartz, à bout de patience, s'est frayé passage intraprostatique à l'aide d'un gros trois-quart, j'insiste sur la nécessité de proscrire manœuvre semblable pour préférer toujours les artifices de douceur tels que le procédé des deux fils latéraux de Guyon.

5° — **Note sur l'opération de l'hypospadias, à propos d'un cas traité par le procédé de Nové-Josserand.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 310.

Contrairement au cas présenté par Tuffier, le fait ici relaté n'est point encourageant pour la greffe conseillée par Nové-Josserand. Le lambeau s'est mortifié, et pareil échec ne doit pas être rare. Tout au contraire, les méthodes autoplastiques classiques nous ont, en maintes circonstances donné de parfaits résultats. Si bien que, jusqu'à plus ample informé, nous leur conservons toutes nos préférences, sans nous sentir la moindre tendance à essayer de nouveau la greffe de Nové-

Josserand, même avec le perfectionnement récent qu'il a conseillé pour en assurer la vitalité.

6° — Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon péri-prostatique. — *Th. de Doct.*, Paris, 1880. [Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences (prix Godard) et par la Société de Chirurgie (prix Marjolin-Duval)].

Ce travail inspiré par mon maître, le Professeur Guyon et basé sur cent quinze observations forme une monographie trop complète pour que je puisse l'analyser ici. Voici néanmoins quelques extraits de la préface suffisants pour rappeler le but que je me suis proposé :

« ... Depuis l'article classique de Velpeau, dans le dictionnaire en trente volumes, on n'a pas, publié de travail d'ensemble consacré exclusivement à l'étude des suppurations franches de la prostate. Trop souvent la fonte tuberculeuse et les abcès non spécifiques de la glande se trouvent associés dans une description commune. Une distinction tranchée est cependant nécessaire. . . . . . . Les supurations franches de la prostate doivent seules m'occuper. Ainsi réduite aux limites que lui assignent l'anatomie pathologique et la clinique, l'histoire des abcès prostatiques reste néanmoins fort longue ; elle se prête à des considérations nombreuses qu'il faut coordonner. Je m'efforcerai de retracer les traits essentiels de cette étude en m'appliquant à mettre en évidence certains faits importants, qui, pour avoir été signalés, n'en sont pas moins restés dans l'ombre. »

« Les phénomènes de propagation inflammatoire et les fusées purulentes qui trouvent leur point de départ au niveau de la prostate sont de ce nombre. Leur connaissance précise est indispensable. Dangereux par leurs effets immédiats, ils compromettent souvent l'avenir, en laissant après eux des décollements étendus et des trajets fistuleux intarissables. Je leur accorderai les développements qu'ils méritent, et je chercherai dans quelle mesure *les connexions anatomiques* de l'organe malade peuvent influencer leur nature, leur mode de production et leur marche. En un mot, j'étudierai cette forme grave, à laquelle M. Guyon donne le nom de prostatite phlegmoneuse diffuse.

« La suppuration intra prostatique exige, à son tour, quelques développements spéciaux au point de vue de la pathogénie et du siège originel du processus inflammatoire. Les différents auteurs qui ont abordé cette question professent un éclectisme un peu trop étendu à mon avis.

J'établirai le rôle important qu'il faut accorder ici à l'élément glandulaire. Je dois cette partie intéressante de mon travail à mon ami Ed. Brissaud. Les recherches histologiques qu'il a faites, sur ma demande, me permettent de fournir la preuve anatomique des idées que je cherche à faire prévaloir. Je lui dois en outre les planches qui figurent à la fin de cette *thèse*.

« Enfin, je m'attacherai à déterminer les règles générales du traitement et les indications précises de l'intervention chirurgicale. L'exploration directe, les symptômes généraux, et, en particulier, la marche de la fièvre nous fourniront à cet égard des renseignements précieux. »

7° — **Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et péri-prostatiques.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1885, t. XI, p. 532.

Voici les conclusions de ce travail. Je suis d'autant plus heureux de les reproduire ici que, jusqu'à ce jour, tous les cas d'abcès prostatiques venus à mon observation n'ont fait qu'affirmer mes idées premières sur l'incontestable et grande supériorité de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques :

I. L'incision des abcès de la prostate par le rectum est une opération passible de quatre objections principales : elle s'exécute sans précautions antiseptiques; elle est insuffisante; elle est enfin dangereuse, pour le présent par les hémorrhagies qu'elle peut engendrer et périlleuse pour l'avenir en favorisant la production d'une fistule uréthro-rectale trop souvent incurable.

II. L'incision prérectale ne présente aucun de ces désavantages. Elle permet, en effet, l'application des règles de l'antisepsie; elle assure le parfait écoulement du pus; elle éloigne toute crainte d'hémorrhagie; et, lorsque l'abcès communique avec l'urèthre, actuellement ou plus tard, elle diminue la gravité du pronostic d'avenir, en évitant la production d'une fistule uréthro-rectale, par la création d'une fistule uréthro-périnéale.

III. L'incision large par le périnée, pratiquée suivant les règles que j'ai données, est donc l'opération de choix dans le traitement des suppurations prostatiques ou péri-prostatiques qui ont de la tendance à s'ouvrir ailleurs que dans l'urèthre. On doit y recourir, alors même que le périnée est souple et que les lésions sont localisées au-dessus de l'aponévrose moyenne.

Cette opération constitue également une ressource précieuse dans une série de cas graves et invétérés, caractérisés par la présence de clapiers ou de véritables cavernes prostatiques communiquant avec l'urèthre par une ouverture insuffisante pour permettre le libre écoulement du pus et la cicatrisation des foyers purulents.

C. — Vessie.

1° — **Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. Note sur un nouveau procédé opératoire.** — *Congr. franc. de Chir.*, Paris, 1889, t. IV, p. 541; *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, Paris, 1890, t. VIII, p. 193.

Dans la préface de la *thèse* récente de mon interne Katz sur le traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie (*Th. de Doct.*, Paris, 1903), je viens d'exposer à nouveau les raisons qui m'ont fait imaginer le procédé dont il est ici question (procédé autoplastique à lambeaux muqueux). Voici un extrait des passages auxquels je fais allusion.

« Malgré la multiplicité des procédés imaginés depuis les premières tentatives opératoires de Dupuytren, de Simon et de J. Roux, la solution tout à fait satisfaisante du problème chirurgical n'en reste pas moins à trouver. Sans doute, ce triste vice de conformation n'a pas toujours la même incurabilité. Entre l'épispadias simple, qui en est comme le premier degré, et l'exstrophie complète, il y a de nombreux intermédiaires, et les sujets qui ont la bonne fortune de répondre aux premiers termes de cette série ascendante sont, à la vérité, justiciables d'une réparation moins décevante que les autres. Mais, en présence de l'exstrophie complète, il n'y a vraiment pas à se leurrer et je m'étonne qu'il y ait encore des chirurgiens assez confiants, pour croire à la possibilité de donner aux infirmes de cette catégorie un réservoir vésical continent, voire même la faculté de satisfaire leurs appétences sexuelles avec un appareil génital de forme convenable. »

« Pour ma part, après avoir opéré plusieurs exstrophiés et travaillé la question de près, je persiste à penser que ce rêve n'est pas réalisable. Un tel vice de conformation ne saurait être réparé, il ne peut être que pallié. L'exstrophié dont les surfaces muqueuses sont bien protégées par une autoplastie convenable et dont les urines peuvent se collecter dans un appareil approprié n'a plus à chercher de sort meilleur. Voilà la

vérité et voilà pourquoi les procédés autoplastiques purs et simples restent, en somme, les procédés de choix. »

« Par contre, il est, à coup sur, très indiqué de réduire à leur minimum les inévitables imperfections des réparations de cette nature et l'une d'elles, en particulier, mérite, je crois, très attentive correction. Je veux parler des concrétions calculeuses dont les exstrophiés souffrent si souvent, lorsqu'on se contente d'appliquer une sorte de couvercle cutané sur leur vessie ouverte, sans se préoccuper autrement de la nature des tissus avec lesquels l'urine va désormais prendre contact. »

« Or, telle est bien la caractéristique des procédés autoplastiques en usage. Ils forment un réservoir vésical dont la paroi antérieure n'est faite que de tissu cicatriciel et, par conséquent, la complication en question trouve ainsi les meilleures chances de se produire. Et c'est malheureusement ce qui a lieu trop souvent. Les dépôts calculeux qui se forment dans ces conditions sont parfois très volumineux. Petits ou gros, ils sont en tous cas fréquents, et comportent toujours un pronostic des plus réservé. Il est donc vraiment urgent de mettre les opérés à l'abri d'une pareille éventualité et c'est précisément là le perfectionnement particulier que je crois avoir réalisé. »

« En procédant comme je l'ai conseillé, le nouveau réservoir se construit en effet avec la vessie elle-même, l'urine ne peut donc ultérieurement trouver que des surfaces muqueuses sur son passage, sans prendre contact avec la moindre surface cicatricielle et par conséquent le desideratum anatomique poursuivi est réalisé tout à fait ; quant au résultat clinique, il est bien tel qu'on peut le souhaiter. Les sujets opérés de cette manière ne fabriquent ni pierre, ni gravier dans leur nouvelle vessie. Je puis aujourd'hui l'affirmer, par expérience, et comme je persiste à penser qu'il n'y a guère mieux, pour un exstrophié qu'une bonne autoplastie, j'en arrive toujours à cette conclusion que, dans le traitement de l'exstrophie totale, mon procédé représente vraiment le maximum de nos possibilités réparatrices. »

Ce procédé (procédé autoplastique à lambeaux muqueux), comprend quatre temps successifs, que les planches dessinées sur ma demande par mon maître Farabeuf, reproduisent avec la saisissante et lumineuse clarté dont il détient le secret.

I. Premier temps. — *Disséquer la vessie et la rétrécir par excision de ses bords afin qu'elle ait les dimensions voulues pour s'adapter à la*

gouttière pénienne sur les bords de laquelle elle va être rabattue et suturée. (Voir fig. 7.)

La *dissection de la vessie* n'offre aucune difficulté. La seule précaution capitale à prendre, c'est de bien surveiller sa lame lorsqu'elle approche des uretères. Ceux-ci généralement dilatés et gorgés d'urine

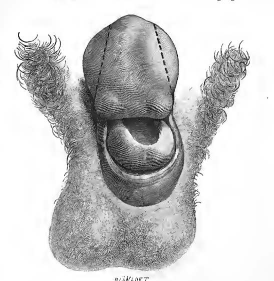


Fig. 7. — Exstrophie de la vessie.

La paroi vésicale postérieure repoussée en avant sera disséquée, puis rétrécie suivant les lignes pointillées avant d'être rabattue sur la gouttière pénienne.

se laisseraient aisément blesser. Il faut donc redoubler d'attention lorsqu'on les voit apparaître et, du reste, c'est à ce moment-là qu'il convient d'arrêter la dissection du lambeau vésical. Celui-ci, pour être rabattu sur le pénis, doit être en effet plié au niveau de l'abouchement des uretères.

L'*excision des bords latéraux du lambeau vésical*, indiquée par les

deux lignes pointillées de la figure 7, réclame à son tour une certaine attention. Il importe en effet de conserver au pourtour de chaque orifice uretéral le maximum possible de tissu vésical, sans quoi on s'expose à rencontrer les plus sérieuses difficultés lorsqu'on veut fermer la vessie de chaque côté des uretères. (Voir fil 4 de la fig. 10.) Les deux

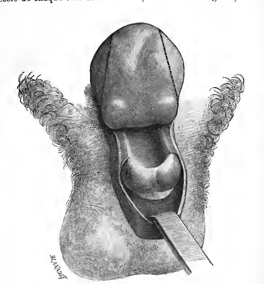


Fig. 8. — Exstrophie de la vessie.

Les bords de la gouttière pénienne sont avivés ainsi que la peau adjacente. En outre, le feuillet cutané antérieur du prépuce a été détaché sur tout le pourtour sous-pénien, et son feuillet postérieur a été ponctionné en travers. L'écarteur n'est là que pour montrer le prépuce ainsi traité et développé en capuchon étoffé.

lignes pointillées de la figure 7 montrent bien quels doivent être le siège et l'étendue de l'excision

II. Deuxième temps. — *Aviver les bords de la gouttière pénienne, rabattre la vessie disséquée sur cette gouttière et fixer les bords du lam-*

beau vésical rabattu aux lèvres avivées de la gouttière pénienne par quatre sutures au fil d'argent (deux de chaque côté).

Les figures 8 et 9 sont trop explicites pour qu'il soit utile de beaucoup développer la description de ce temps opératoire. L'avivement, dont la largeur varie nécessairement avec les dimensions du pénis,

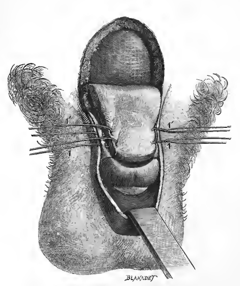


Fig. 9. — Exstrophie de la vessie.

L'avivement des bords de la gouttière pénienne et de la peau adjacente est fait; le prépuce préparé est montré développé en capuchon par l'écarteur. La vessie rétrécie est rabattue sur la gouttière et les deux premiers fils (1 et 1') sont placés de chaque côté. Ils ont gardé assez de longueur après torsion, pour pouvoir être passés tout à l'heure au travers de la peau préputiale, lorsqu'elle sera étalée au-dessus du lambeau vésical.

doit comprendre à peu près toute l'épaisseur des lèvres de la gouttière pénienne et s'étendre jusqu'à la peau adjacente. Quand aux sutures (1, 1, 1', 1') de la figure 9, j'insiste sur la nécessité de les placer à ce moment de l'opération, afin de fixer d'ores et déjà le lambeau vésical en bonne position.

III. Troisième temps. — *Inciser le feuillet cutané antérieur du prépuce sur tout le pourtour sous-pénien, ponctionner en travers son feuillet cutané postérieur, dans une étendue suffisante pour que la boutonnière ainsi pratiquée laisse passer le gland; relever tout le capuchon préputial par-dessus la verge, l'étaler sur la surface cruentée du lambeau vésical rabattu et le fixer dans cette position par des sutures appropriées.*

Ici encore l'examen des figures et la lecture de leurs légendes donnent l'idée bien nette de la mise en place des parties, du trajet et du siège des sutures.

L'ablation des fils se fait dans les délais habituels. Les fils métalliques sont préférables à tous les autres, parce que, mis en contact avec l'urine, ce sont ceux qui favorisent le moins le dépôt des concrétions calcaires. (Sur l'un de mes opérés j'ai eu de grandes difficultés pour enlever, sans dégât, un fil de soie dont la partie moyenne était devenue, en quelques heures, le centre d'une volumineuse concrétion calcaire.) Comme dernière remarque, je noterai que si, par exception, le prépuce n'avait pas l'ampleur suffisante pour être traité comme il vient d'être dit, on pourrait, à l'exemple du Professeur Le Fort, utiliser d'une manière analogue la peau de la partie inférieure de la verge ou celle de la face antérieure du scrotum

IV. Quatrième temps. — *Terminer les sutures et combler la plaie qui succède à la dissection de la vessie.*

Ce dernier temps ne doit pas être soumis à des règles trop absolues. L'application des fils 4 et 4 (voir fig. 10) peut être facile ou impossible, suivant que l'étoffe vésicale, limitant en dehors l'abouchement des uretères, est plus ou moins ample. Cette occlusion définitive des bords de la vessie pliée au niveau des uretères peut donc être, à l'occasion, nécessaire à retarder. De son côté, la brèche, que laisse la dissection vésicale, se présente dans des conditions variables. Elle est plus ou moins vaste, les tissus qui la limitent sont plus ou moins souples et favorables à la taille de lambeaux. Bref, il est impossible de dire que, chez tous les exstrophiés, il convienne d'achever la réparation autoplastique en une seule séance opératoire.

Que la chose soit possible dans certains cas, je n'en disconviens pas, et si la brèche à combler s'y prête, si la peau voisine peut fournir deux lambeaux latéraux qui l'obturent complètement et s'affrontent en même temps au bord supérieur du lambeau préputial, on aura tout avantage à tenter la réparation complète en une seule séance. Mais les conditions

anatomiques permettant ainsi la réparation totale en une seule séance sont probablement rares, et, soit que les lambeaux cutanés taillés de chaque côté de la plaie sus-pubienne ne puissent la recouvrir en totalité, soit que l'occlusion immédiate du pli vésical au voisinage des uretères paraisse difficile ou périlleuse, on sera conduit le plus souvent,

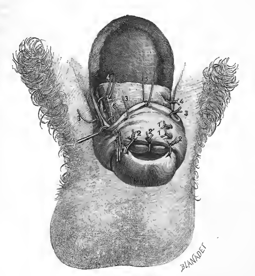


Fig. 10. — Exstrophie de la vessie.

Le lambeau vésical ayant été disséqué, rétréci, rabattu, et fixé de chaque côté par les fils 1 et 1', le capuchon préputial préparé a été relevé par-dessus la verge et la face cruentée du lambeau vésical; les fils 2 et 2' ajustent le pourteur du méat; les fils 1 et 1' ont traversé la peau préputiale pour pouvoir être ultérieurement retirés; un crochet soulève la peau préputiale pour montrer la marche du fil 1' du côté droit; le fil 3 réunit la peau de la verge, le bord avivé de la gouttière pénienne, le lambeau vésical et le capuchon préputial; le fil 4 ferme avec précaution le replis vésical, près de l'uretère; le fil 5 étalera le prépuce en le tirant en haut et l'unissant soit à quelque lambeau de peau abdominale, soit à la face cruentée du lambeau vésical.

je pense, à s'en référer au principe classique et fort prudent de la succession des actes opératoires.

Depuis la publication de ce premier travail j'ai eu l'occasion

d'opérer plusieurs exstrophiés, et de soumettre ainsi mon procédé à des épreuves réitérées qui m'ont permis de le juger, de le perfectionner et de le simplifier. Si bien que l'an dernier, je me suis trouvé possesseur d'un certain nombre de documents dont la réunion pouvait utilement servir de point de départ à un mémoire d'ensemble sur la question. Sur ma demande et sur mon conseil, mon interne Katz, a bien voulu se charger de ce travail et certes, son grand labeur n'a pas été vain. La monographie de premier ordre que nous lui devons, est, en effet, le seul travail d'ensemble actuel permettant d'étudier et de juger, en parfaite connaissance de cause, tous les procédés conseillés contre l'exstrophie, depuis les plus anciens et les plus classiques, jusqu'aux opérations nouvelles et si peu connues qui ont été pratiquées à l'étranger durant ces dernières années.

2° — **Présentation d'un malade opéré d'une exstrophie de la vessie.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 435.

Cet opéré était un bon exemple des résultats donnés par mon procédé.

3° — **Note sur un cas de kyste séreux développé dans l'épaisseur de la paroi vésicale postérieure.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1891, t. V, p. 443.

Il s'agit là d'un cas tout à fait exceptionnel. Le kyste assez volumineux a été énucléé au cours d'une hystérectomie vaginale, et la malade a guéri sans aucune complication vésicale consécutive.

4° — **Un cas de kyste hydatique inter-vésico-rectal incisé et drainé par le périnée à la manière d'un abcès péri-prostatique. Guérison.** (Observation relatée à la Société de Chirurgie à propos d'une discussion sur les kystes hydatiques pelviens.) — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 769.

En dehors de sa valeur documentaire, ce fait présente l'intérêt de bien montrer les ressources de la voie périnéale dans le traitement des kystes pelviens de l'homme, alors même qu'ils sont encore assez haut situés pour ne pas distendre le périnée. Son rappel dans notre discussion du 27 février 1900, venait en outre à point pour nous

porter à penser que dans un cas de kyste plus volumineux, mais analogue, cité par Quénu, il y aurait eu grand avantage à préférer la très simple incision périnéale, à la voie sacrée choisie par notre collègue. D'autant que, dans le cas de Quénu, la tumeur bombait fortement au niveau de la région périnéale. J'avais du reste proposé moi-même de l'attaquer par cette voie, à la suite d'une consultation avec le Professeur Tillaux. Ce kyste était, il est vrai, très volumineux et multiloculaire, mais peu importe. Une large incision eut certainement permis l'ouverture et le drainage de toutes les loges aussi bien qu'une brèche sacrée et, certes, à beaucoup moins de frais.

5° — Des indications de la taille et de la lithotritie et note sur les avantages de la suture vésicale après une taille pour calcul.

L'occasion de juger ces deux points de pratique devant la Société de Chirurgie nous a été donnée par un *rapport sur un travail du Dr Barette (de Caen) intitulé* : « *Trois observations de calculs vésicaux traités par la taille hypogastrique* ». (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1896, t XXII, p. 165,170 et 191.)

Tout en félicitant le Dr Barette d'avoir fort bien conduit ses trois opérations et guéri ses trois malades (un enfant de quatre ans et demi, un jardinier de quarante-quatre ans et un marin de quarante-deux ans), nous nous sommes en effet permis deux objections : la première, c'est que deux de ses opérés auraient pu être lithotritiés avec avantage, et la seconde, c'est que, tout au moins chez un de ses opérés, il avait peut-être eu tort de préférer la fistulisation de la plaie vésicale à sa suture immédiate.

Il était donc naturel de motiver cette critique, d'ailleurs très réservée, en insistant sur les deux considérations suivantes :

L'appréciation des *indications respectives de la taille et de la lithotritie* est, à la vérité, d'autant plus délicate qu'elle dépend avant tout des aptitudes particulières de l'opérateur. Le chirurgien sait ou ne sait pas bien manier le lithotriteur. Au fond, toute la question est là. La taille est une opération très facile, que le chirurgien le moins spécialisé peut mener à bien. Au contraire, la lithotritie exige un sérieux apprentissage, à défaut duquel elle expose aux plus périlleux mécomptes : aussi peut-on déclarer que, toutes choses égales d'ailleurs, la fréquence des indications de la taille doit être d'autant plus grande que le chirurgien est moins versé dans la pratique de la lithotritie.

Mais par contre, si nous supposons que le chirurgien en cause sait manier un lithotriteur, il n'y a plus à discuter sur la supériorité de la lithotritie et les contre-indications que peuvent lui créer le volume ou la dureté des pierres, les rétrécissements uréthraux ou l'état d'infection de l'appareil urinaire, se réduisent à des cas nets et peu nombreux; même chez l'enfant, dont la vessie se prête évidemment mal aux manœuvres de la lithotritie, celle-ci n'en conserve pas moins de grands avantages.

Quant aux indications possibles de la suture de la vessie, elles ne sauraient être plus nettes que dans une taille pour calcul, à la condition, bien entendu, qu'il ne s'agisse point de ces calculeux atteints de cystite chez lesquels la mise au repos du réservoir urinaire par le drainage s'impose absolument.

6° — **De la taille dans les cystites douloureuses.** (Clinique faite à l'hôpital de la Charité, le 7 septembre 1887.) — *Sem. méd.*, 1887, p. 497.)

Cette leçon contient l'étude des indications réelles de ce mode de traitement et l'examen de sa valeur thérapeutique.

7° — **Note sur la cystostomie sus-pubienne.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 734, 737.

Me basant sur quelques observations personnelles, je m'associe aux opinions défendues par Poncet sur la valeur de la cystostomie pour reconnaître et maintenir que ses indications, presque toutes faites des contre-indications du cathétérisme, sont, en d'autres termes, indiscutables, toutes les fois que le cathétérisme devient impuissant, insuffisant, dangereux ou trop douloureux. L'opération de Poncet n'est point alors un pis-aller, mais bien une ressource thérapeutique des plus précieuses.

8° — **Fistules vésico-vaginales.** — Voir : Travaux sur la technique et les complications de l'hystérectomie vaginale. Publication 4° de la série B, p. 81 et 9° de la série E, p. 160.

D. — Rein et Uretère

1° — Deux néphrectomies; l'une pour une hydronéphrose suppurée et l'autre pour un rein flottant. Guérison. — *Congr. français de Chir.*, Paris, 1886, t. II, p. 189.

Ces deux observations n'ont pas d'autre portée que celle de faits isolés. Elles ont cependant leur valeur au point de vue du pronostic éloigné car les deux opérées sont encore aujourd'hui (janvier 1904) en très bonne santé.

2° — Note sur deux cas d'hydronéphrose intermittente traités par néphrectomie. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1903, t. XIX, p. 353.

Prenant part à une discussion sur la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente, je cite ces deux cas dont l'un a été traité par néphrectomie lombaire et l'autre par néphrectomie transpéritonéale, parce que, chez les deux opérées il était impossible d'invoquer la mobilité du rein pour expliquer les accidents.

3° — Rapport sur un travail de M. Walther intitulé : « Sur un cas d'antéversion et d'anteflexion du rein ». — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 581.

A propos de cette curieuse observation, j'insiste sur la rareté relative des indications vraies de la néphropexie et je rappelle comment la néphroptose n'est le plus souvent que l'expression localisée de cette affection générale particulière dont souffrent les déséquilibrées du ventre et qui les rend, avant tout, justiciables de la thérapeutique médicale.

4° — Radiographie d'un calcul du rein. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1903, t. XXIX, p. 888.

Il s'agit d'un très volumineux calcul du rein gauche, que j'ai enlevé par néphrotomie le 26 avril 1903. L'opéré, âgé de cinquante deux ans, souffrait de son calcul depuis sa première enfance. Il est actuellement

(février 1904) en parfaite santé, mais l'observation complète ne sera publiée qu'après cicatrisation de la petite fistule qui, naturellement, persiste encore.

5° — **Considérations présentées à la Société de Chirurgie en 1895 sur les fistules uretéro-Vaginales.** — Voir : Travaux sur la technique et les complications de l'hystérectomie vaginale. Publications 8° et 9° de la série E, p. 160.

II

CHIRURGIE DE L'ANUS ET DU RECTUM

1° — **Note sur les indications comparées de la colopexie et de l'ablation du segment prolabé dans le traitement du prolapsus du rectum.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris 1889, t. XV, p. 759.

Cette note tend à mettre en lumière les indications premières de l'ablation directe, la colopexie ne gardant à son actif que les avantages d'une opération complémentaire.

On peut en effet dire qu'en traitant un prolapsus rectal par la colopexie, sans ablation préalable de la portion prolabée, on agit un peu comme si on voulait pratiquer l'hystéropexie abdominale d'un utérus en état d'allongement hypertrophique, sans prendre la précaution première de rendre à l'organe ses dimensions normales par une amputation conoïde. Je sais fort bien que cette comparaison est un peu forcée; mais il n'est pas moins vrai que dans les deux cas, il y a dans l'organe que l'on veut fixer à la paroi abdominale quelque chose en trop, si je puis ainsi dire. Or, ce quelque chose en trop est impossible à négliger et sa suppression est la condition *sine qua non* du succès final.

Sans doute, la portion du rectum qui fait saillie au dehors de l'anus dans le prolapsus est sans analogie avec un col utérin atteint d'allongement hypertrophique, mais on ne peut nier cependant que cette portion prolabée de rectum n'ait, pour ainsi dire, perdu droit de domicile dans l'abdomen et ne présente, tout au moins, une série d'altérations essentiellement défavorables au maintien de sa réduction. L'hypertrophie congestive de ses parois et surtout l'excessive laxité du tissu cellulaire qui l'entoure sont de ce nombre. La colopexie est-elle capable de remédier

à cet état de choses? Je ne le crois pas et, pour moi, la seule véritable indication consiste à supprimer la totalité du segment intestinal procident.

Dans nombre de cas, cette ablation large du prolapsus, combinée ou non aux opérations réparatrices que peut exiger l'état de relâchement du sphincter suffit à la guérison. Plusieurs faits en témoignent dès maintenant. Par contre, il est à prévoir qu'en d'autres circonstances le résultat restera fort imparfait. Il sera parfois impossible d'atteindre un segment intestinal ayant encore de solides connexions périphériques et la portion d'intestin suturée à l'anus aura toujours tendance à se prolaber à son tour. La colopexie ne serait-elle pas justement une opération précieuse dans les cas de ce genre? Je suis, en principe, très disposé à le penser. Mais c'est uniquement à titre d'opération complémentaire qu'il faudrait alors la préconiser. En d'autres termes, elle aurait pour mission unique d'enrayer la tendance aux récidives en soutenant, à distance et par en haut, le segment intestinal suturé à l'anus après résection du prolapsus définitif.

2° — **Manuel opératoire de l'ablation du prolapsus rectal. Procédé personnel.** — *Bull, et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 751 et 758.

Ce procédé spécial est décrit à propos d'un cas de prolapsus rectal cité dans la communication précédente. L'opéré, âgé de trente-deux ans et menuisier de son état, souffrait de son prolapsus depuis l'âge de seize ans. Il avait déjà subi cinq opérations au fer rouge ou au thermo-cautère lorsqu'il s'est adressé à nous. Le prolapsus mesurait 10 centimètres de hauteur et présentait ceci de particulier qu'à l'extrémité supérieure de la masse prolabée on constatait l'existence d'un rétrécissement cicatriciel circulaire dans lequel l'index pénétrait à frottement. Aussi pourrait-on dire que, dans le fait, l'intervention avait moins les caractères d'une ablation de prolapsus que celui d'une résection intestinale dirigée contre un rétrécissement. Mais dans l'espèce cela n'est qu'une subtibilité et l'observation n'en reste pas moins un exemple net des bons résultats de l'ablation dans le traitement du prolapsus. Quant au manuel opératoire, le voici :

Après avoir, par deux sections latérales, divisé le cylindre prolabé en deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure, j'ai reséqué celle-ci à un centimètre de l'anus en prenant les quelques précautions

suivantes : l'hémotase provisoire étant assurée par des pinces à longs mors parallèles, placées transversalement à la base de deux valves rectales et le long de leurs bords latéraux, j'ai pratiqué la section des deux valves par petits coups et au fur et à mesure que je plaçais les sutures intestinales. Grâce à la multiplicité de ces dernières, j'ai pu assurer aussi bien l'hémostase définitive que l'occlusion du cul-de-sac péritonéal inclus dans la valve rectale antérieure. La guérison s'est effectuée sans le moindre incident, j'ai enlevé les sutures le huitième jour et l'opéré a quitté l'hôpital complètement débarrassé de son infirmité, retenant bien les matières, allant à la selle sans douleur et n'ayant plus trace de prolapsus.

3° — **Manuel opératoire de l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum dans l'ablation des rétrécissements et des tumeurs quand la région de l'anus est saine.** — Procédé personnel.

Ce procédé particulier, simplement signalé à propos de l'ablation d'un rétrécissement syphilitique du rectum dont j'ai cité l'observation à la Société de Chirurgie le 25 février 1891 (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1891, t. XVII, p. 146), est décrit en détail dans une communication ultérieure sur le traitement des fistules recto-vaginales (Voir : Travaux sur le périnée, la vulve et le vagin. Publication 3° de la série B, p. 93). Cette description a été reproduite par mon interne Lapointe dans sa thèse inaugurale sur le *Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum* (*Th. de Doct.*, Paris, 1897) et voici comment il en parle, après avoir rappelé le procédé de Dieffenbach :

« Bien préférable est le procédé d'extirpation que Segond a recommandé et pratiqué depuis longtemps, lorsque le canal anal est sain. Tout en se rapprochant beaucoup du procédé de Dieffenbach, il en diffère par ce point important qu'il ne comporte plus comme lui la fente de l'anus suivant son diamètre antéro-postérieur et qu'il n'y a pas, par suite, à courir les risques de l'absence de réunion des deux extrémités sphinctériennes divisées. Dieffenbach sectionnait l'anus en avant et en arrière, afin d'avoir du jour et de pouvoir décoller facilement par dissection la muqueuse du trajet anal des couches musculaires sous-jacentes. Segond, lui, se contente de le dilater. Cette dilatation de l'anus suffit à permettre le décollement de la muqueuse et le premier temps de l'opération de Dieffenbach devient absolument inutile. »

« Ce procédé représente une méthode générale d'extirpation de

l'extrémité inférieure du rectum applicable non seulement aux sténoses cicatricielles justiciables de l'extirpation, mais aux cancers opérables; la condition requise pour qu'il soit exécutable et fournisse le résultat cherché, c'est-à-dire l'intégrité anatomique et physiologique du sphincter, est, je le répète, que le trajet anal soit sain dans ses couches sous-muqueuses et que la dissection puisse se faire intra-sphinctérienne dans toute la hauteur du canal anal. »

« Ce procédé d'ablation du rectum, applicable lorsque le trajet sphinctérien est libre ou présente de simples lésions superficielles de la muqueuse, est de beaucoup préférable à ceux qui s'attaquent à la partie sus-sphinctérienne du rectum par des incisions périnéales : il respecte l'intégrité des sphincters et ne compromet en rien leur innervation. C'est sans contredit la méthode de choix dans les cas auxquels je fais allusion lorsque, l'extirpation étant décidée, les lésions ne montent pas à plus de 8 centimètres. Je pense même que, lorsque la fusion du rectum avec les tissus périphériques ne sera pas trop intime et qu'il persistera un certain degré de mobilité, on pourra, après dilatation préalable de l'anus, faire descendre un segment rectal mesurant jusqu'à 10 et 12 centimètres. »

TROISIÈME GROUPE

GYNÉCOLOGIE ET CHIRURGIE ABDOMINALE

I

PÉRINÉE — VULVE — VAGIN

A. — Vices de conformation.

1° — Note sur un cas d'imperforation congénitale de l'hymen. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1885, t. XI, p. 840.

Cette note communiquée à l'appui de ma candidature au titre de membre titulaire de la Société de Chirurgie a été l'objet d'un rapport dans lequel M. Berger adopte mes conclusions.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans dont l'observation pourrait servir de type à la description des symptômes de l'imperforation hyménéale : occlusion du vagin par un hymen épaissi n'offrant pas trace d'orifice et réalisant, au plus haut chef, le *impediuntur purgatio, coitus et conceptio* des anciens auteurs ; absence de toute manifestation morbide jusqu'au premier éveil de la fonction menstruelle; à cette époque précise, apparition brusque des troubles fonctionnels, révélateurs habituels de la menstruation, et cependant, absence complète d'écoulement sanguin. Après cette première alerte, retour à la santé; puis, chaque mois, avec une ponctualité significative nouvelle, crise générale et locale, chaque fois accompagnée de l'augmentation brusque d'une tumeur née avec les premières douleurs et située derrière le pubis. Enfin, grâce à ces poussées mensuelles, grâce à cet accroissement par saccades périodiques, développement considérable de la tumeur, dont les limites supérieures arrivent, au bout de quelques mois, à dépasser le niveau de l'ombilic.

Cette observation contient une analyse du sang accumulé, dont Leidié avait bien voulu se charger. Elle s'accompagne enfin de l'analyse comparative des faits similaires alors publiés, et devient ainsi une sorte d'étude d'ensemble, dont voici les conclusions :

I. Dans l'étude de la rétention des règles par imperforation de l'hymen, il faut distinguer ces cas, où la dilatation porte *sur le vagin seulement*, des cas où l'utérus et les trompes participent à la distension. Ce diagnostic, très important au point de vue du pronostic, peut être fait, dans certains cas, par la palpation abdominale avant toute intervention.

II. La *seule distension vaginale* suffit à la formation de tumeurs *très volumineuses*, et la poche sanguine peut s'élever au-dessus du niveau de l'ombilic, sans que l'utérus soit nécessairement dilaté.

III. Lorsque l'hymen imperforé met obstacle au cours des règles, *l'intervention chirurgicale est de rigueur*, et l'on doit y recourir, de préférence, *pendant la période intermenstruelle*, à une époque aussi rapprochée que possible de la dernière poussée cataméniale.

IV. Le plus souvent, on a tout avantage à évacuer la collection sanguine en un seul temps, et l'on doit procéder de la manière suivante : *Ponction* étroite de l'hymen. Pendant que le liquide s'écoule, *compression* modérée, progressive et continue de l'abdomen à l'aide d'un bandage ouaté que l'on resserre graduellement au fur et à mesure que la poche se vide. Dès que l'écoulement spontané du liquide tend à s'arrêter, *agrandissement de la ponction* de l'hymen par une incision cruciale de cette membrane. Lorsque l'écoulement a définitivement cessé, *irrigations antiseptiques* prolongées jusqu'à ce que le liquide ressorte à peu près clair. Toute manœuvre ayant pour but de *dissocier les caillots* qui pourraient se trouver à l'intérieur de la poche sera *sévèrement proscrite*. Du reste, l'existence de caillots est tout à fait exceptionnelle.

V. L'*anesthésie* n'est pas indispensable pour les opérations de cette nature, mais il est préférable d'y recourir.

VI. Les soins consécutifs ont une grande part dans le succès de l'intervention.

Durant la première semaine, il est bon d'administrer l'*opium à l'intérieur*, Pendant dix jours au moins, la malade doit être maintenue dans le *décubitus dorsal*. Il est même prudent d'exiger *le repos au lit jusqu'à la prochaine apparition des règles*, et, pour les mois qui suivent, il faut prescrire l'usage d'une *ceinture hypogastrique*, afin de parer

autant que possible aux déviations utérines que favorisent évidemment les déformations anatomiques provoquées par l'accumulation du sang. Lorsque l'utérus est dilaté, on se trouvera bien de donner le *seigle ergoté, à petites doses répétées, pendant les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'opération.*

2° — **Un cas d'absence complète du vagin. Création d'un vagin artificiel.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 642.

Jeune femme mariée depuis un an. Pendant les premiers mois du mariage, le mari avait vainement tenté de déprimer la surface lisse tendue d'une petite lèvre à l'autre. Puis, dans la suite, secondé ou non par une petite incision faite par un médecin sur une prétendue bride et sans se douter que c'était l'urèthre qui avait cédé à ses efforts, il avait pu croire que son but était atteint.

Voici l'opération que j'ai pratiquée : incision transversale de la muqueuse tendue d'une petite lèvre à l'autre. Puis, à l'aide de l'index et de quelques coups de ciseaux, dédoublement de la cloison recto-vésicale. Au fond du conduit résultant du dédoublement, on percevait un petit noyau induré, mais ce noyau était si petit et si peu semblable à un utérus, même rudimentaire, que je n'ai pas voulu risquer une perforation péritonéale pour le mieux dégager. D'autant que, de chaque côté de ce noyau, l'exploration la plus minutieuse ne m'a pas donné trace de quelque chose ressemblant aux annexes. Cet état plus que rudimentaire de l'appareil génital interne était d'ailleurs en conformité avec le fait que Mme X... n'a jamais eu le moindre trouble de santé pouvant faire songer à une poussée cataméniale quelconque.

Ce conduit ainsi creusé en plein tissu cellulaire avait la longueur de l'index et je me suis contenté de déprimer, à son entrée, le peu de muqueuse dont je pouvais disposer. Sans doute, j'aurais préféré recourir à un refoulement autoplastique, mais, dans ce cas particulier, l'étoffe manquait absolument et j'imagine qu'il doit en être presque toujours ainsi. Comme pansement j'ai bourré assez fortement avec de la gaze iodoformée que j'ai laissée en place pendant onze jours.

Pendant les six semaines qui ont suivi, la béance du conduit a été assurée par une série de dilatations avec des bougies de volume convenable. Enfin, tout écoulement ayant cessé, j'ai pu laisser à la dilatation physiologique le soin de maintenir les choses en état et c'est ce qui a eu lieu.

B. — Déchirures du périnée.
Fistules recto-vaginales, vésico-vaginales et urétéro-vaginales.

1° — **Considérations sur la réparation des déchirures étendues de la cloison recto-vaginale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 221.

A propos d'un procédé décrit par Routier pour réparer les déchirures étendues de la cloison recto-vaginale, procédé caractérisé par ce fait que la périnéorrhaphie proprement dite est précédée par la reconstitution du canal ano-rectal, je me permets d'élever quelques doutes sur l'opportunité d'une opération aussi complexe et sur l'avantage qu'on peut avoir, à faire un temps spécial de la réparation ano-rectale.

Pour réunir les plus grandes déchirures du périnée, il suffit de faire, en effet, le dédoublement selon le procédé de Lawson-Tait et de mobiliser largement la paroi antérieure du rectum pour la faire glisser de haut en bas. Le dédoublement de la cloison selon le procédé de Lawson-Tait donne en quelques secondes une surface d'avivement aussi étendue qu'il le faut. La mobilisation par en bas de la paroi antérieure du rectum isole complètement le foyer cruenté de la cavité rectale et le parfait affrontement des surfaces se fait ensuite avec la plus grande facilité, en suturant, à la manière d'Emmet, avec tous les fils tordus en dehors. Il va de soi que dans les déchirures remontant très haut, il faut réunir à part le sommet du V représenté par la division de la muqueuse vaginale et perdre quelques catguts dans le vagin avant de placer les grands fils périnéaux. Mais c'est l'exception et du côté du rectum on peut toujours éviter les sutures grâce à la mobilisation et à l'abaissement de sa paroi antérieure.

2° — **Règles générales à suivre dans le traitement opératoire des fistules recto-vaginales.** (Cette question est traitée dans mon rapport sur : *un traitement nouveau de la fistule recto-vaginale*, préconisé par M. Félizet.) — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 701 et 707.

Le nouveau procédé de M. Félizet est, en somme, un dérivé du procédé que Astley Cooper avait autrefois appliqué à la cure des fistules uréthro-rectales de l'homme. Considéré dans ses traits essentiels, il peut

être résumé en quelques mots : transformation de la fistule recto-vaginale en une fistule anale simple justiciable de la section classique et en une fistule vagino-périnéale qui, mise à l'abri des gaz et des matières, devient désormais curable spontanément ou autrement, par le fait seul de la suppression des causes qui l'entretenaient. Ajoutons que le procédé de M. Félizet offre les plus grandes analogies avec celui que M. Quénu a décrit en reprenant un manuel opératoire autrefois conseillé par A. Guérin.

La seule différence qui existe entre le procédé Guérin-Quénu et le procédé Félizet réside dans le sort du feuillet postérieur du dédoublement périnéal. Félizet le sacrifie d'emblée, Quénu le conserve. Théoriquement, le procédé Guérin-Quénu semble donc préférable ; il est moins onéreux pour le périnée de la patiente et l'épargne est ici d'autant plus précieuse que, d'habitude, le feuillet postérieur d'un dédoublement périnéal est plus épais, plus étoffé que l'antérieur. Reste à savoir si l'application réitérée de la méthode ne viendrait pas démontrer que cette conservation est trop ambitieuse et que le plus simple comme le plus sûr consiste à se conformer d'emblée aux règles habituelles de la cure des fistules anales.

En tout cas, il est de première importance, dans la question qui nous occupe, d'établir une différence des plus tranchées entre les fistules recto-vaginales haut situées et les fistules plus voisines de la vulve. Pour les premières, rien de plus légitime que de chercher à remplacer la section de la cloison recto-vaginale par une intervention limitée à l'orifice fistuleux. Mais en est-il de même pour les fistules plus bas situées, pour celles que la section périnéale, avec périnéorrhaphie consécutive, guérit, on peut le dire, sans coup férir? Je ne le crois pas. Sans doute, il se peut qu'on observe des fistules vaginales chez des femmes dont le périnée est encore en bon état. C'est dans ce cas, et seulement dans ce cas, que les procédés comme celui de Quénu et de Félizet trouvent leur indication. (Je devais moi-même imaginer plus tard un procédé pour les cas de ce genre.) Mais la règle à peu près générale, c'est que les femmes atteintes de fistules recto-vaginales ont en même temps un mauvais périnée. Dès lors, pourquoi donc s'efforcer d'éviter une opération qui offre le double avantage de guérir facilement la fistule et de reconstituer une sangle périnéale résistante? N'est-il pas évident que la périnéorrhaphie est ici l'opération de choix? Voici donc la règle générale qui me paraît la meilleure :

Pour les fistules haut situées, je pense que, lorsque le périnée ne

réclame pas de réparation, on doit obtenir la guérison par des opérations identiques ou semblables à celle que M. Le Dentu a proposée; mais, pour les fistules de la partie inférieure du vagin, le procédé de M. Félizet ou de M. Quénu n'a raison d'être que si le périnée est absolument intact, ce qui est bien rare, et, dans l'immense majorité des cas, la périnéorrhaphie, et surtout la périnéorrhaphie par le procédé de Lawson-Tait, doit être considérée comme l'intervention la plus sûre et la meilleure. Quant aux fistules recto-vulvaires, leur cure ne prête guère à discussion; la périnéorrhaphie très simple qu'elle réclame donne, on peut le dire, des succès constants.

3° — **Nouveau procédé opératoire pour supprimer les fistules recto-vaginales chez les femmes dont le périnée est intact.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 168.

La vaste fistule recto-vaginale, à propos de laquelle j'ai imaginé ce procédé, était due à l'enchâtonnement d'un pot de pommade qui avait séjourné quinze ans dans le vagin. La malade l'avait ainsi placé, étant encore fillette de quinze ans; comptant sur une expulsion spontanée, elle s'était ensuite mariée sans mot dire, et c'est à l'âge de trente ans seulement qu'elle a vu survenir des accidents assez graves pour confesser la cause de son mal et réclamer son ablation. Sans insister davantage sur cette anecdotique observation, il me paraît nécessaire de préciser les conditions dans lesquelles se trouvait la brèche recto-vaginale.

Très haut située dans le fond du cul-de-sac postérieur, dont elle occupait toute la largeur, la perforation se présentait là, comme une vaste fente transversale, à bords calleux et indurés, donnant très libre accès du rectum au vagin et *vice versa*. Son bord supérieur était constitué par le col utérin lui-même, dont la lèvre postérieure indurée et ulcérée se trouvait comme fusionnée avec la muqueuse rectale; son bord inférieur affectait la forme d'un gros bourrelet transversal et ses extrémités donnaient au doigt la sensation de tractus cicatriciels entre-croisés.

En présence d'une telle fistule, que faire? A la rigueur, j'aurais pu pratiquer la section totale du périnée, pour tenter ensuite une colpopérinéorrhaphie immédiate par la méthode de Lawson-Tait. C'est, à coup sûr, le procédé de choix pour la grande majorité des fistules recto-vaginales compliquées de lésions périnéales. Mais, dans le cas particulier, la solidité du périnée était vraiment trop remarquable pour

que je risque de la compromettre. Et puis, la largeur de la fistule était telle, que même après division totale de la cloison recto-vaginale, il m'eût été impossible de tenter le rapprochement de ses commissures. Il fallait donc, de toute nécessité, appliquer une autre méthode. Or, dans les procédés connus, je ne voyais rien qui pût me donner satisfaction.

La pensée suivante m'est alors venue : *supprimer la portion de rectum située au-dessous de la fistule, sans compromettre ni le sphincter, ni le périnée ; aller prendre le rectum au-dessus de la fistule, le dégainer et l'abaisser jusqu'à l'anus.* N'était-ce pas remplir au mieux toutes les indications, supprimer la brèche rectale, sans courir les risques d'une suture laborieuse, enlever au contenu de l'intestin toute issue possible vers les surfaces cruentées, et se placer ainsi dans des conditions telles que la guérison se trouvait, en quelque sorte, réalisée séance tenante? Il me paraît difficile de n'en point convenir, d'autant que l'artifice opératoire auquel je voulais confier la guérison n'était, en somme, que l'exagération de l'abaissement rectal, sans lequel on ne fait pas de bonne colpopérinéorrhaphie. Ce détail de technique est maintenant bien connu. Or, je le répète, je ne poursuivais pas autre chose que l'application, en très grand, de cette même manœuvre. Mon but était donc au moins rationnel.

Restait à savoir si le rectum se laisserait abaisser du haut de la fistule jusqu'à l'anus, ce dont mes assistants semblaient un peu douter. Mais j'avais, pour les convaincre et me donner confiance à moi-même, les deux données positives que voici : la première, c'est que dans les extirpations de l'extrémité inférieure du rectum pour affections organiques (rétrécissements ou cancers), il est possible d'aller prendre ce qui reste du rectum, de le dégainer, sans ouvrir le péritoine, et de l'abaisser jusqu'à la peau, alors même que la section rectale porte à une bonne longueur d'index au-dessus de l'anus. Le deuxième point, dont ma pratique antérieure me donnait aussi la parfaite assurance, c'est qu'à la faveur d'une dilatation de l'anus, exécutée largement et sans brusquerie, on peut faire une extirpation rectale intra-sphinctérienne, suturer à la peau la tranche rectale abaissée et voir ensuite le sphincter récupérer l'intégrité de ses fonctions. Toute objection capitale étant ainsi levée, j'ai décidé l'intervention.

Le programme opératoire que je m'étais tracé a été suivi sans difficulté et je puis dire que le résultat thérapeutique a dépassé mes espérances. La cicatrisation était complète au bout d'une semaine ; et,

peu de temps après, la malade a quitté mon service complètement guérie. Les fonctions sphinctériennes avaient retrouvé leur intégrité et la suture se cachait si bien au fond de la dépression anale, qu'il était pour ainsi dire impossible, à première vue, de retrouver les traces d'une intervention quelconque. Quant à la fistule, tout ce qu'il en restait, c'était la brèche du cul-de-sac vaginal postérieur suturée au catgut, mais, en tant que fistule recto-vaginale, il ne pouvait plus être question d'elle; elle avait disparu avec le segment intestinal réséqué. La paroi rectale saine, abaissée comme un voile au devant de l'orifice vaginal de l'ancienne fistule, fermait désormais toute communication possible avec le rectum et, si j'osais risquer une comparaison, je pourrais donner une juste image de l'artifice opératoire employé, en disant que la volonté de fermer sûrement la fenêtre d'un bon premier étage m'avait conduit à cette mesure radicale, de tirer le store jusqu'au rez-de-chaussée, pour le fixer à ras de terre.

Qui peut le plus peut le moins, et, puisque la suppression par abaissement rectal est possible pour une fistule sise au ras du col, il est bien clair qu'on pourra procéder de même, avec d'autant plus d'aisance, que la brèche à combler sera plus bas située. Toutes les fois qu'une fistule recto-vaginale en vaudra la peine par ses dimensions et ne s'accompagnera pas de lésions périnéales réclamant elles-mêmes opération, je ne vois donc pas pourquoi préférence ne serait pas donnée à cette manière de faire essentiellement sûre.

Cette application nouvelle de la mobilisation large du rectum, avec abaissement maximum de sa paroi antérieure, me paraît mettre ce temps opératoire en valeur très particulière, quand on envisage le traitement des fistules recto-vaginales dans son ensemble. Que l'abaissement rectal complète et protège une colpopérinéorrhaphie, qu'il résume, au contraire, à lui seul toute l'intervention, sa portée reste la même : il supprime la fistule. Son rôle est donc primordial, son efficacité supérieure et, pour dire toute ma pensée, je crois qu'en présence d'une fistule recto-vaginale quelconque, on aura toujours avantage à subordonner son manuel à la nécessité première d'abaisser, jusqu'à la peau, la partie de paroi rectale sise au-dessus de la fistule. La manœuvre est toujours possible; elle dispense des sutures compliquées et des dédoublements parcimonieux, et je n'en connais pas qui puisse donner le résultat cherché, avec autant de certitude et de simplicité. Quel que soit l'avenir de cette manière de voir, il n'en reste pas moins démontré que, dans les cas analogues au mien, le nouveau procédé que je

conseille offre une véritable supériorité. Je crois donc utile de résumer en quelques lignes son mode d'exécution et, grâce aux deux dessins que je dois à mon maître Farabeuf, je n'ai pas à craindre d'être confus.

La malade étant préparée, endormie et placée en position dorso-sacrée, voici la succession des temps opératoires qu'il convient d'exécuter (voy. fig. 11 et 12) :

1° *La dilatation de l'anus.* — Cette dilatation doit être digitale, lente, cadencée, suivant l'ancienne expression de Récamier, et aussi complète

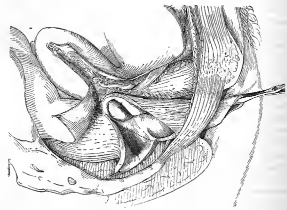


Fig. 11.

Cette coupe antéro-postérieure montre l'obliquité du plan suivant lequel j'ai réséqué le rectum. Un crochet soulève le segment rectal en arrière, pour montrer, en avant, la communication recto-vaginale ; celle-ci conduit sur le col utérin qu'il était facile de voir et de toucher par le rectum. Au-dessus, un crochet soulève le péritoine épais qui double le cul-de-sac de Douglas, péritoine que j'ai décollé pour abaisser le rectum. En bas, une pince saisit la portion de rectum destinée à la résection ; cette portion de rectum est mobilisée sur toutes ses faces et passe au centre de l'anneau musculaire sphinctérien.

que possible. En procédant ainsi, la muqueuse n'éclate pas sous les doigts, on obtient un accès des plus larges, et, ultérieurement, le sphincter recouvre toujours l'intégrité de ses fonctions.

2° *La libération par dissection du cylindre muqueux intra-anal.* — L'incision circulaire de la muqueuse anale doit porter à 2 ou 3 millimètres au-dessus de sa continuation avec la peau. Cette précaution est indispensable pour que la ligne de suture ultérieure soit bien cachée

dans la dépression anale. La muqueuse une fois incisée circulairement, rien de plus simple que de la disséquer, dans toute la hauteur du sphincter, par une série de petits coups de ciseaux. Cela fait, la béance du sphincter mis à nu est maintenue par deux écarteurs et vous pouvez saisir toute l'épaisseur des parois rectales pour procéder au temps suivant.

3° *Le dédoublement de la cloison recto-vaginale avec mobilisation, abaissement et résection du segment rectal situé au-dessous de la fistule.*

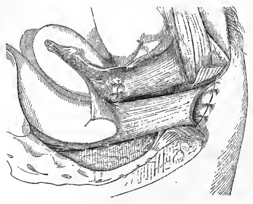


Fig. 12.

La figure 12 donne l'aspect des parties une fois l'opération terminée. En bas, la moitié droite du sphincter et sectionnée est relevée pour découvrir la suture anale du segment rectal abaissé. En haut, au-dessous du péritoine de Douglas relevé par un crochet et sur le cylindre vaginal l'orifice de la fistula fermé à l'aide de trois fils placés par le vagin.

— Le dédoublement de la cloison doit être fait au doigt, sans le secours d'aucun instrument tranchant, jusqu'à la fistule. Le trajet de la fistule est alors tranché au bistouri, vous la dédoublez ainsi en deux orifices, désormais indépendants, un orifice vaginal et un orifice rectal. Puis, saisissant avec les doigts la paroi rectale antérieure au-dessus de son orifice fistuleux, et laissant de nouveau tout instrument tranchant, vous continuez le dédoublement recto-vaginal, en le combinant à l'abaissement par traction, jusqu'à ce que la portion de rectum correspondant au bord supérieur de l'orifice rectal de la fistule soit suffisamment

abaissée pour se laisser suturer à la collerette muqueuse qui borde la peau de l'anus.

4° *La suture du rectum à l'anus.* — Cette suture se fait à la soie plate, suivant les règles habituelles; pour peu que le dédoublement recto-vaginal soit étendu, je crois prudent de laisser, en avant, la place d'un petit drain qui, pendant deux ou trois jours, assure l'écoulement des liquides susceptibles de suinter à ce niveau.

5° *La suture après avivement de l'orifice vaginal de la fistule.* — Cette suture se fait naturellement par voie vaginale. On pourrait s'en passer, puisque la communication rectale a disparu avec le temps précédent et que le store rectal bouche la fenêtre vaginale; il est cependant préférable de fermer l'orifice vaginal avec quelques points de catgut, pour que les sécrétions utéro-vaginales ne puissent pas s'insinuer dans la plaie qui résulte du dédoublement recto-vaginal.

6° *Le pansement.* — Le pansement, fort simple, est constitué par une mèche de gaz iodoformée tassée dans le vagin, par un tube de caoutchouc placé dans le rectum pour l'échappement des gaz et par une compresse aseptique maintenue au devant de la région ano-vulvaire par un bandage en T. Le tube rectal est supprimé avec la première selle, le petit drain placé dans le dédoublement, au bout de quarante-huit heures, et, vers le huitième jour, quand on enlève les fils, la guérison est réalisée. Il va de soi que la liberté quotidienne du ventre peut et doit être maintenue dès le premier jour, sans aucun souci des sutures anales dont il suffit d'assurer la propreté après chaque évacuation

4° — **Relation d'un cas de fistule vésico-utéro-vaginale opérée par voie sus-pubienne après taille hypogastrique.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 912.

Il s'agit d'une femme soignée il y a deux ans pour une fistule vésico-utéro-vaginale consécutive à un accouchement difficile. Une première opération vaginale ayant échoué, je fis une taille hypogastrique qui me permit d'aborder la fistule par en haut. L'orifice urétéral confinait aux lèvres de la fistule. Ne voulant point mettre de fils à l'intérieur de la vessie, je décollai la paroi vésicale gauche jusqu'à la fistule et c'est par la face extérieure de cette paroi que je fis la suture avec de fins catguts, Le succès ne fut que partiel. Il persista une fistulette dont je vins à bout dans une dernière intervention vaginale.

5° — **Considérations sur les fistules uretéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 273, 303, 306, 307 (Voir : Travaux sur l'Hystérectomie vaginale). Publications 8° et 9° de la série E, page 160.

II

UTÉRUS ET ANNEXES

A. — Métrites et chirurgie du col.

1° — **Du curettage dans l'endométrite.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 144.

Note sur les inconvénients et les dangers de cette manœuvre en cas d'annexite concomitante.

2° — **Note sur le traitement des endométrites par les flèches de pâte de Canquoin.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 601 et 603.

Relation de quatre cas dans lesquels ce mode de traitement a provoqué des accidents dysménorrhéiques très graves par rétrécissement cicatriciel du col.

3° — **Note sur l'évidement commissural du col utérin.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1893, t. XIX, p. 95.

Cette opération, proposée par M. Pozzi, place le col dans une situation analogue à celle que créent les déchirures de l'accouchement. Tout procédé d'amputation circulaire donnant un moignon sans encoche me paraît donc supérieur.

4° — **Perforation de l'utérus au cours d'un curettage préliminaire à une hystérectomie vaginale pour ovaro-salpingite. Friabilité particulière du tissu utérin.** (Observation publiée par mon interne

Lenoir dans sa *thèse* inaugurale sur les *Perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale.*) — *Th. de Doct.*, Paris, 1893, p. 62.

Ce fait, joint à une observation déjà publiée par Baudron, a documenté les conclusions de Lenoir sur la friabilité possible de tout utérus enflammé, en dehors des métrites *post partum* et *post abortum*, et sur la nécessité de se comporter en conséquence toutes les fois qu'on fait usage de la curette et de l'hystéromètre.

5° — **Note à propos des suites éloignées de l'opération de Schrœder.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, Paris, 1899, t. I, p. 27, n° 55.

Cette note tend à légitimer cette conclusion que l'opération de Schrœder étant parfois compromettante pour les grossesses ultérieures, il importe, d'une part, de ne la confier qu'à des opérateurs très expérimentés, et, d'autre part, de la pratiquer uniquement dans les cas qui en sont authentiquement justiciables, sans en faire jamais, comme certains praticiens, la panacée de toutes les affections utérines.

6° — **Note sur le manuel opératoire de l'amputation du col en cas de métrite cervicale.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn, et de Péd.*, Paris, 1899, t. I, p. 155.

Cette note a pour but de montrer que l'opération de Schrœder, type, est surtout une opération schématique dont les indications vraies se rencontrent rarement. En fait, les opérations les meilleures en cas de métrite cervicale se groupent autour de deux types principaux. Tantôt les lésions de la muqueuse sont assez bas situées pour qu'on puisse se contenter de la résection, à deux lambeaux plus ou moins égaux, connue sous le nom d'opération de Simon-Markwald. Tantôt les lésions de la muqueuse s'étendent trop en hauteur pour qu'on trouve l'étoffe d'un lambeau interne, même très court, et, dans ces cas-là, il est beaucoup plus simple, plus rapide et plus sûr de faire une amputation transversale totale, au ras de la section muqueuse, avec suture consécutive de cette muqueuse cervicale à la muqueuse vaginale, que de s'évertuer à tailler, sur le col, un long et mince lambeau externe

qu'il est toujours très difficile de replier sur lui-même pour le coudre à la tranche de la muqueuse intra-cervicale.

B. — Déplacements de l'utérus.

1° — **Traitement chirurgical du prolapsus utérin.** (Leçon faite à la clinique Baudelocque.) — *Semaine méd.*, Paris, 1893, p. 539.

A propos d'un cas de prolapsus utérin justiciable de l'hystérectomie vaginale, j'étudie la question dans son ensemble, en m'attachant particulièrement à l'examen des associations opératoires capables de triompher des lésions complexes propres aux prolapsus pelviens. En mode de conclusion et pour mieux faire comprendre les règles du traitement, je cherche à les schématiser en divisant en trois groupes les cas si variés de la pratique :

A. Prolapsus dans lesquels la défection de l'appareil de soutènement est évident.

B. Prolapsus avec état sain de l'appareil de soutènement et lésions utérines exigeant une intervention.

C. Prolapsus dans lesquels la défection de l'appareil de suspension paraît seule en cause.

La conduite à tenir dans ces divers cas peut être résumée de la manière suivante :

A. Prolapsus avec défection de l'appareil de soutènement :

Réparez seulement le périnée : 1° s'il n'y a ni rectocèle, ni cystocèle; 2° si la muqueuse utérine est saine; 3° si l'utérus n'est pas hypertrophié; 4° si l'utérus n'est pas le siège d'un néoplasme; 5° si les annexes sont saines; 6° s'il n'existe pas autour de l'utérus une tumeur capable de le refouler; 7° si l'appareil de soutènement n'est pas trop altéré.

Associez toujours la réparation périnéale : 1° aux résections vaginales appropriées, s'il y a cystocèle ou rectocèle; 2° aux curettages et aux résections du col, s'il y a endométrite et lésions du col; 3° à l'amputation d'Huguier, s'il y a allongement hypertrophique; 4° à l'hystéropexie, si le relâchement des ligaments suspenseurs l'exige.

Enfin, réservez la périnéorrhapie pour plus tard et faites d'emblée l'hystérectomie vaginale : 1° si l'utérus est fibromateux et *a fortiori* s'il est cancéreux; 2° s'il existe une lésion inflammatoire bilatérale des

annexes; 3° s'il existe une tumeur péri-utérine (à moins toutefois qu'il ne s'agisse d'une femme jeune et que la tumeur ne soit justiciable d'une laparotomie); 4° si le prolapsus est irréductible; 5° si l'utérus est le siège d'un allongement hypertrophique, si le relâchement des ligaments suspenseurs exige une hystérectomie et si l'âge de la femme permet de négliger la question de procréation.

B. Prolapsus avec état sain de l'appareil de soutènement et lésion utérine exigeant, soit une amputation d'Huguier, soit une hystérectomie. Ici, il n'y a plus de réparation périnéale ou vaginale nécessaire, et vous trouverez dans notre premier tableau des indications voulues : nécessité du curettage et des amputations du col dans les cas d'endométrite; indication de l'opération d'Huguier en cas d'allongement hypertrophique, et de l'hystéropexie si le relâchement de l'appareil suspenseur l'exige. Quant à l'hystérectomie vaginale, elle retrouve ses mêmes indications : 1° néoplasmes; 2° lésions bilatérales des annexes; 3° tumeurs péri-utérines; 4° irréductibilité; 5° allongement hypertrophique chez une femme âgée, dont le relâchement des ligaments suspenseurs exige une hystéropexie simultanée.

C. Prolapsus dans lesquels la défection de l'appareil de suspension paraît seule en cause : l'hystéropexie est alors seule indiquée. Mais les cas de ce genre sont de véritables curiosités cliniques et, presque toujours la défection de l'appareil de suspension étant associée à des lésions de l'utérus ou de l'appareil de soutènement, l'hystéropexie n'aura de valeur que si elle est associée aux opérations commandées par ces autres lésions.

Cette manière d'envisager les indications générales de l'intervention en cas de prolapsus utérin se retrouve dans une communication faite à la Société de Chirurgie, le 3 janvier 1894. (Voir : Travaux sur l'hystérectomie vaginale. Publications 5° de la série E, p. 158.)

2° — Traitement des déviations utérines. Indications de l'opération d'Alquié Alexander et de l'hystéropexie.

Une première note sur ce sujet, basée sur l'analyse de six observations et accompagnée de la description d'un *nouveau procédé de fixation des ligaments ronds* aux piliers inguinaux, se termine par les conclusions suivantes :

Sauf exception, l'opération d'Alquié donne des résultats très médiocres dans le traitement du prolapsus utérin. Il est peut-être des

cas dans lesquels le raccourcissement des ligaments ronds peut heureusement modifier un prolapsus récent ou peu accusé ; j'en ai moi-même donné un exemple, mais c'est l'exeption. En règle générale, lorsque les opérations réparatrices portant sur le périnée, le vagin ou le col sont impuissantes à maintenir la réduction d'un utérus prolabé ; lorsqu'il devient par conséquent indispensable de combiner ces opérations de soutènement à celles qui ont pour but de fixer l'organe déplacé par son extrémité supérieure, l'opération d'Alquié me paraît tout à fait insuffisante. La seule ressource est alors d'ouvrir le ventre et de pratiquer l'hystéropexie proprement dite.

Par contre, cette intervention peut rendre des services indiscutables lorsqu'il est indiqué de maintenir chirurgicalement la réduction d'une rétrodéviation. Mais il faut ici distinguer deux groupes de faits : d'une part, les rétrodéviations facilement réductibles; d'autre part, les rétrodéviations adhérentes et difficilement réductibles. Lorsque la rétrodéviation est facilement réductible, le raccourcissement des ligaments ronds est une bonne opération. Il en est tout autrement lorsque la rétrodéviation est maintenue par des adhérences péritonéales plus ou moins solides. Dans les cas de ce genre, on peut sans doute essayer d'assouplir les adhérences par des manœuvres appropriées pour assurer ensuite la réduction par le raccourcissement des ligaments ronds. Mais je crois que les résultats ainsi obtenus sont toujours les plus infidèles.

Lorsque les rétrodéviations adhérentes provoquent des symptômes assez graves pour légitimer une intervention, le mieux est d'ouvrir le ventre et de redresser l'organe par la destruction directe des adhérences. Mais le redressement de l'organe ainsi obtenu, la conduite à suivre est subordonnée à l'état des annexes.

Si les annexes paraissent saines, si la déviation utérine et les adhérences qui la maintiennent sont bien seules en cause, l'hystéropexie est indiquée. Mais cette intégrité supposée des annexes est la grande exception. En règle générale, chez les femmes atteintes de rétrodéviation adhérente, les ovaires et les trompes sont presque toujours malades, et les lésions des annexes sont la vraie cause des souffrances. Aussi bien, l'hystéropexie me paraît-elle contre-indiquée dans les cas de ce genre. Ce qu'il faut, c'est enlever les annexes après redressement de l'utérus. Cette opération n'agit pas seulement en supprimant les parties malades ; elle a pour autre conséquence de maintenir l'utérus en bonne position, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'hystéropexie.

Pour que l'opération d'Alquié donne tous les résultats qu'on est en

droit d'en attendre, voici quel est l'artifice auquel j'ai recours (Voir fig. 12, p. 97). Par une première suture à la soie, je fixe le ligament rond dans l'angle supérieur de l'orifice inguinal. Cela fait, je pratique à la partie moyenne des deux piliers, près de leur bord libre et parallèlement à ce bord, une courte incision semblable à celle que Reverdin a conseillée pour faciliter la suture des piliers dans la cure radicale de la hernie inguinale. J'obtiens ainsi deux petites boutonnières dont je me sers pour nouer le ligament rond autour des piliers. Saisissant l'extrémité du ligament qui flotte au-dessous du point de fixation première mentionné plus haut, je la fais successivement passer d'arrière en avant dans la boutonnière de l'un des piliers, puis d'avant en arrière dans la boutonnière de l'autre pilier, et finalement je la fais ressortir dans l'angle supérieur de l'orifice inguinal. Je forme ainsi un véritable nœud que je fixe avec une ou deux sutures et qui a le double avantage de rapprocher les piliers et de donner à la fixation du ligament une solidité très réelle. (*Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 263.)

Plus tard, étant revenu de mes opinions premières sur la valeur de l'opération d'Alquié, je rédige la note que voici résumée, note reproduite par Lahort dans sa *thèse* inaugurale (Bordeaux *Th. de Doct.* 1894, p. 106) et publiée en Amérique par J. Murray Johnson (*Providence*, 1897) :

« Dans le traitement des rétrodéviations les indications de l'intervention chirurgicale sont, je crois, plus rares qu'on ne le pense... Nombre de cas sont justiciables du massage et d'une thérapeutique utérine directe mais non sanglante... Il est cependant des cas encore assez nombreux dont la guérison n'est possible que par le bistouri et c'est alors à l'hystéropexie que je donne la préférence. »

« Je n'ai jamais eu recours aux fixations vaginales parce que ce mode de fixation me semble aussi peu rationnel que possible. Lorsqu'on plante un clou pour accrocher un tableau, il faut le planter dans le mur et point dans la seule tapisserie, sans quoi tout lâche. Cette boutade de mon maître Trélat traduit on ne peut mieux la vérité. »

« Quant à l'opération d'Alexander, j'estime que ses indications sont on ne peut plus rares. Mauvaise en cas de prolapsus et de déviations adhérentes elle ne trouve ses indications vraies que chez les femmes dont la rétrodéviation est mobile et qui souffrent uniquement de leur déviation utérine. Or, il est bien certain que rien n'est plus rare. Aussi bien mon scepticisme n'a-t-il fait que s'accentuer vis-à-vis de cette opération, je lui préfère toujours l'hystéropexie ou le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. Procédant ainsi, on a le

triple avantage de mettre sûrement l'utérus en bonne place, de vérifier l'état des annexes et d'éviter, en définitive, les ennuis d'une opération inutile. »

Ces mêmes opinions sur la valeur du massage, sur la supériorité des opérations permettant de vérifier l'état des annexes et notamment sur l'excessive rareté de la rétro-déviation en tant qu'entité morbide, se retrouvent exprimées dans une communication du 6 août 1900, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. (*C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, Paris, 1900, t. II, p. 111 et p. 114.)

3° — Suites éloignées de l'hystéropexie. Présentation d'un utérus hystéropexié depuis plus de six ans et enlevé par hystérectomie abdominale. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, Paris, 1899, t. I, p. 49.

Cet utérus est resté fixé à la paroi abdominale pendant plus de six ans, par une série de brides fibreuses implantées sur sa face antérieure, à la manière des dents d'un peigne (voy. fig. 13). Il a été enlevé par hystérectomie abdominale, le 11 janvier 1899, à la clinique Baudelocque, chez une femme à laquelle j'avais pratiqué une hystéropexie abdominale, pour prolapsus utérin, le 4 mai 1892. Les suites de cette première opération furent normales, et, pendant deux ans, les douleurs cessèrent complètement. Mais, en 1894, les sensations de pesanteur, des douleurs vagues dans le bas-ventre se firent de nouveau sentir. A deux reprises différentes, en 1894 et en 1896, la malade dut faire un séjour de quelques semaines à la clinique Baudelocque. On l'y traita par le repos, les bains et le massage. L'utérus demeurait parfaitement fixé à la paroi abdominale, mais il avait paru que le rein droit, déjà ectopié, était devenu plus mobile; aussi conseilla-t-on le port d'une ceinture abdominale (ceinture simple sans pelote).

Le 25 octobre 1898, la malade revenait à Baudelocque amenée par des phénomènes nouveaux. Depuis quelque temps, elle était sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation, avec prédominance très accusée de celle-ci. Cette constipation s'accompagnait de météorisme, de douleurs abdominales vives, d'un peu d'élévation thermique, et, bien qu'il n'y eût jamais de vomissements, l'ensemble symptomatique était bien celui de l'obstruction. L'utérus demeurait élevé, mais il avait une certaine mobilité, évidemment due à l'étirement de ses adhérences; en tout cas, il existait, entre l'utérus et la paroi abdominale, un espace

plus ou moins cloisonné par les adhérences. Nous pensâmes que les phénomènes d'occlusion incomplète présentés par la patiente étaient dus à l'étranglement passager de l'intestin dans cet espace. Comme il s'agissait d'une femme voisine de la ménopause, l'indication d'une hystérectomie était nette. Désireux d'examiner, *de visu*, la disposition des adhérences, et n'ayant pas d'ailleurs à respecter l'intégrité d'une paroi abdominale déjà marquée d'une cicatrice, je rejetai la voie vaginale et j'optai pour l'hystérectomie abdominale.

A l'ouverture du ventre, l'utérus parut, amarré à la paroi par huit

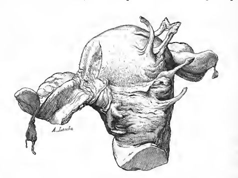


Fig. 13 (2/3 grandeur naturelle).

tractus, vestiges des quatre fils de soie à l'aide desquels j'avais fixé la matrice en 1892, fils dont nous n'avons pas retrouvé trace. Chacun de ces cordons fibreux mesurait environ 2 centimètres de longueur; ils étaient les seuls moyens de soutien de l'utérus et, dans leur ensemble, formaient une sorte de treillage dont les mailles étaient évidemment très bien disposées pour se prêter à un étranglement interne. J'ajoute que l'hystérectomie abdominale, pratiquée d'après la méthode américaine, fut des plus simples et des plus faciles. La malade s'est levée guérie le vingt et unième jour, et son état de santé est aujourd'hui aussi satisfaisant que possible.

4° — **Note sur le manuel de la réduction en cas d'inversion utérine.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, Paris, 1899, t. I, p. 142.

A propos d'une remarque de M. Pinard sur la *nécessité de réduire l'utérus dans le vagin* avant de procéder à la réduction de l'inversion utérine consécutive à l'accouchement, j'observe que cette même règle s'applique au cas particulier des inversions utérines que le chirurgien provoque, volontairement, dans le morcellement vaginal de certains gros fibromes interstitiels.

Sans doute, il existe des différences considérables entre ces deux formes d'inversion, différences d'autant plus grandes que les utérus retournés par le chirurgien, dans le mode d'application actuel de l'ancienne opération d'Amussat, sont presque toujours sectionnés transversalement au niveau du col. Mais les précautions à prendre pour effectuer la réduction n'en sont pas moins similaires. Ici, comme là, la manœuvre de retournement ne s'effectue bien qu'après refoulement dans le vagin de la masse charnue inversée. J'ai fait, deux fois au moins, cette remarque, de façon très nette, et je crois intéressant de montrer, par ce petit détail opératoire, comment les conseils pratiques donnés par M. Pinard peuvent, à l'occasion, servir aussi bien au chirurgien qu'à l'accoucheur.

Sur mon conseil, mon interne Fresson a précisément repris l'étude de ce point particulier de médecine opératoire dans sa *thèse* inaugurale sur le traitement de l'inversion utérine (*Th. de Doct.*, Paris, 1902). S'en référant à ce qu'il avait observé au cours de ses assistances nombreuses à mes hystérotomies cervico-vaginales pour ablations de fibromes interstitiels (et notamment à six observations de ma pratique qu'il publie lui-même), il s'est, à juste titre, convaincu que « si une hystérectomie bilatérale permettait d'invertir un utérus sain, les incisions identiques pratiquées sur un utérus inverti devaient en assurer la réduction ». Aussi bien arrive-t-il à cette conclusion que : *dans les cas d'inversion aiguë* et *dans les cas d'inversion utérine chronique incomplète* avec existence d'*un anneau jouant le rôle d'étranglement* non justiciables d'une *réduction manuelle sans instrument* (laquelle doit toujours être tentée), il faut systématiquement recourir *aux incisions cervicales bilatérales*.

5° — **Inversion utérine puerpérale. Indication de l'hystérectomie vaginale.** — (Voir : Travaux réunis sous le titre Chirurgie et Puerpéralité. Publication 1° de la série C, page 183.)

6° — **Latéro-version gravidique. Indication possible de l'hystérectomie abdominale.** — (Voir : Travaux réunis sous le titre Chirurgie et Puerpéralité. Publications 1° de la série A, p. 176 et 7° de la série B, p. 181.)

C. — Maladies des annexes.

1° — **Tumeurs et kystes de l'ovaire.** — Article « Tumeurs de l'ovaire » de l'*Encyclopédie internationale de Chirurgie*, Paris, 1889, t. VIII, p. 612 à 667.

2° — **Maladies des ovaires, des trompes, des ligaments larges et du péritoine pelvien.** — Article « Annexes de l'utérus » du *Traité de chirurgie* de Simon Duplay et Paul Reclus, 1re édition, Paris, 1892, t. VIII, p. 543 à 694; 2e édition, Paris, 1899, t. VIII, p. 263 à 416.

3° — **Nécessité du drainage à la suite de laparotomie pour suppurations pelviennes.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 463.

Simple réflexion sur la sécurité que donne le drainage en pareils cas.

4° — **Énorme kyste ovarique multiloculaire avec gros fibrome utérin et kyste dermoïde ovaro-tubaire droit.** (Observation et pièce communiquées à la Société anatomique par mes internes Claisse et Dartigues.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1899, LXXIVe année, 6e série, t. I, p. 268.

Ce cas est intéressant par les difficultés de l'intervention, néan-

moins suivie de guérison, par les difficultés du diagnostic et par la variété des néoplasmes associés.

5° — **Fibrome fasciculé de l'ovaire chez une femme atteinte de salpingite suppurée bilatérale.** (Pièce présentée à la Société anatomique par mon interne Degorce.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1901, LXXVI° année, 6° série, t. III, p. 556.

6° — **Bilatéralité des kystes dermoïdes de l'ovaire.** (Rappel d'un cas concernant une multipare opérée de deux kystes dermoïdes volumineux de l'ovaire. Dans l'un des kystes existait une touffe de cheveux blancs et dans l'autre des cheveux entièrement noirs.) — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1901, t. XXVII, p. 314.

7° — **Hématocèle.** — (Voir : Travaux réunis sous le titre Chirurgie et Puerpéralité. Publications 1°, 2°, 3° et 4° de la série D, p. 184.

III

TRAITEMENT DES FIBROMES DE L'UTÉRUS

(Sans Hystérectomie)

A. — Electricité et castration ovarienne dans le traitement des fibromes.

1° — **Réflexions sur le traitement des fibromes utérins par l'électricité.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 499.

Cette communication a pour but d'établir que les vertus curatrices du traitement électrique des fibromes sont illusoires, que ce traitement peut toutefois améliorer le sort des malades et que son application doit être uniquement réservée aux cas dans lesquels il est inutile ou impossible de faire mieux.

2° — **Du traitement des fibromes par la castration ovarienne.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1888, t. XIV, p. 400 et 470.

Ce travail basé sur 'quatre observations avait pour but d'établir la bénignité et l'efficacité relative de ce mode opératoire. Le fait n'a plus grand intérêt aujourd'hui, mais, à cette époque, il avait sa valeur, car les ablations totales étaient loin de posséder leur actuelle bénignité.

B. — Énucléation des fibromes par voie vaginale avec ou sans morcellement.

1° — **Considérations sur l'énucléation ou le morcellement des corps fibreux par voie vaginale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 424.

Dans cette communication, j'insiste d'abord sur la nécessité de ne pas confondre l'ablation des corps fibreux pédiculés, si complexe qu'elle puisse être, avec l'extirpation par morcellement d'un fibrome interstitiel. Puis, me basant sur quatre observations personnelles, je m'inscris pour la première fois parmi les partisans de l'ancienne opération d'Amussat, sans donner toutefois à ses indications l'extension qu'elles méritent et dont je devais, plus tard, m'efforcer de démontrer les avantages.

2° — **Présentation d'un utérus montrant combien le retour de cet organe à l'intégrité peut être satisfaisant et complet, après l'ablation de fibromes interstitiels morcellés par le vagin sans hystérectomie.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, Paris, 1900, t. II, p. 149 et 155.

Cliniquement des faits assez nombreux démontrent qu'après ablation vaginale de fibromes interstitiels pesant jusqu'à 1 kilogramme, l'excavation intra-pariétale de l'utérus se comble très bien et que très vite l'utérus reprend sa forme, sa consistance et ses fonctions.

La pièce qui fait l'objet de cette communication (voy. fig. 14, 15, 16 et 17) est la preuve macroscopique de ce retour à l'intégrité. L'observation de la malade qui me l'a fournie a été publiée ultérieurement par Dartigues avec ce titre : *Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale unilatérale droite. Fibrome ayant le volume d'une*

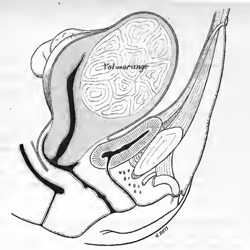


Figure 14.

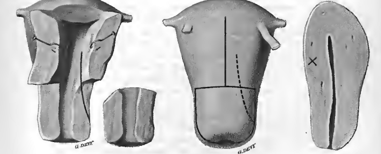


Figure 15. Figure 16. Figure 17.

Fig. 14. — Coupe sagittale de la cavité abdomino-pelvienne avec un utérus présentant un fibrome interstitiel de la partie supérieure de la paroi antérieure. On voit indiquée une annexite gauche.

Fig. 15. — Le même utérus enlevé par hystérectomie en deux fragments inégaux, le petit constitué simplement par la moitié antérieure du col, le gros comprenant tout le reste.

Fig. 16. — Schéma montrant l'utérus reconstitué avec ses fragments coaptés et les tracés des incisions de l'hystérectomie.

Fig. 17. — Coupe sagittale de l'utérus hystérectomisé montrant (à la place de la croix) l'endroit où se trouvait le fibrome antérieurement énucléé; la paroi utérine correspondante est parfaitement réparée et de consistance normale.

orange. Hystérectomie vaginale un an après, non pour récidive fibreuse mais pour annexite. Guérison.

N'ayant encore rien publié de complet sur la question à ce moment, j'ai profité de cette présentation pour prendre date et montrer comment j'avais quelque droit à m'inscrire parmi les chirurgiens qui ont le plus contribué à la réhabilitation de la vieille opération d'Amussat.

Après quelques généralités sur les indications et la valeur de l'opération, la communication se termine par l'exposé de ma technique et la réfutation des opinions émises, au cours de la discussion, par MM. Pozzi et Schwartz sur les points suivants : incertitude des indications opératoires; rareté de ces indications, périls possibles de l'intervention, supériorité de l'incision médiane antérieure sur les incisions latérales.

3° — **De l'hystérotomie cervico-vaginale dans l'énucléation ou le morcellement des fibromes du corps de l'utérus.** (Communication faite au XIII° Congrès intern. de Médecine.) — *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1900, XXVII° année, t. LIV, p. 310.

Cette communication est une étude d'ensemble sur toutes les questions concernant le manuel, la valeur, les indications et les contre-indications de l'opération. Je m'efforce de montrer qu'une hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale, bien faite, donne un libre accès dans la cavité du corps utérin, si bien que, le col une fois sectionné au-dessus de l'isthme, rien n'est plus simple que d'explorer les parois utérines, de reconnaître, puis de dénuder les fibromes qu'elles renferment et, suivant qu'ils sont petits ou gros, de terminer par leur énucléation ou leur morcellement.

L'étude des faits relatifs à la valeur de l'opération, à ses indications et ses contre-indications, à sa bénignité lorsqu'elle est faite quand et comme il convient, me conduisent ensuite à la réfutation des objections qu'elle peut soulever et me permettent d'établir, que l'ancienne opération d'Amussat a des indications plus fréquentes qu'on ne le pense, puisque, bien loin de convenir seulement soit aux polypes, soit aux fibromes sous-muqueux d'accessibilité vaginale évidente, elle trouve, en outre, sa très avantageuse application dans l'ablation des fibromes interstitiels du corps, avec corps sain et col nullement dilaté.

Je termine par l'énumération des raisons qui, dans certains cas déterminés, doivent faire considérer l'hystérectomie cervico-vaginale

uni ou bilatérale comme une opération préliminaire de choix : elle donne plus que toute autre un très large accès dans la cavité utérine; elle permet aussi bien l'énucléation de petits fibromes très haut situés que le morcellement de masses fibreuses interstitielles pesant jusqu'à 1.000 et 1.200 grammes; elle n'exige jamais ni le décollement de la vessie, ni l'ouverture du péritoine; elle respecte sûrement les uretères; elle s'exécute sans risque d'hémorrhagies, et, si parfois elle nécessite la section des utérines, l'hémostase par ligature ou forcipressure n'en reste pas moins toujours facile et sûre. Il est enfin bien clair que les sections cervicales se réparent aussi bien quand elles sont latérales que lorsqu'elles portent sur un point quelconque du col.

Une suture au catgut, d'exécution simple, assure toujours ce résultat. Je puis même dire par expérience que, lorsqu'on juge prudent de ne pas recoudre le col, afin de mieux éviter toute rétention possible dans une loge d'énucléation trop vaste ou trop anfractueuse, les choses n'en vont pas moins bien et la reconstitution du col se fait dans les meilleures conditions.

Cette communication et 25 de mes observations personnelles ont servi de point de départ à la *thèse* inaugurale de Dartigues et documenté ses conclusions. (**Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes.** *Th. de Doct.*, Paris 1901.)

Comme je l'ai dit dans la *préface* de ce travail, Dartigues n'a rien négligé pour approfondir en ses moindres détails le sujet que je lui avais confié. Si bien que sa *thèse* est la première monographie complète que nous possédions sur l'état actuel de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérins.

Peu après sa thèse, Dartigues a publié dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* de Pozzi (Paris, 1901, t. V, p. 731) un article intitulé : **Enucléation vaginale avec ou sans morcellement par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale pour fibromes sous-muqueux sessiles et interstitiels proprement dits (Procédé de Segond).**

Dans cet article, comme dans sa *thèse*, se trouvent, avec la description de ma technique, une série de planches qui permettent de suivre cette description et de se faire une idée des cas justiciables de l'opération.

Les voici reproduites avec leur texte explicatif.

Instrumentation. — En dehors du matériel classique (pince à préhension, ciseaux à longs manches, etc.) l'opération exige quelques

instruments spéciaux : une valve pubienne en S, deux tire-bouchons et un couteau à double tranchant. (Voy. fig. 18, 19, 20 et 21.)

Technique opératoire. — Elle comprend cinq temps.

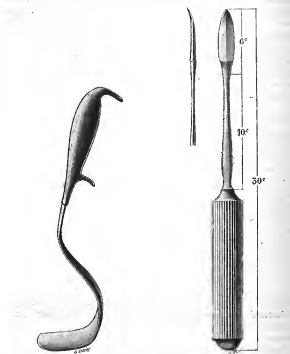


Fig. 18. — Valve pubienne en S de P. Segond.

Fig. 19. — Couteau à double tranchant de P. Segond.

1er Temps : *Incision commissurale du col uni ou bilatérale.* — Le col saisi sur chaque lèvre par une pince de Museux, abaissé et amené à la vulve, on le sectionne aux ciseaux au niveau d'une commissure

jusqu'à l'isthme et au delà en empiétant même, au besoin, sur presque toute la hauteur du bord latéral correspondant du corps (Voy. fig. 22). L'incision entame donc quelque peu l'insertion du cul-de-sac latéral du vagin; comprenant le col, l'insertion vaginale, le corps utérin, elle est plus qu'une cervicotomie commissurale : c'est une hystérotomie

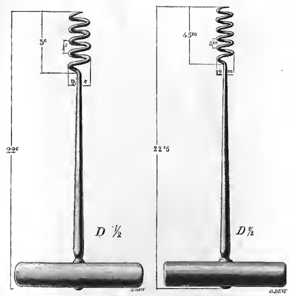


Fig. 20. — Tire-bouchon à larges spires de P. Segond.

Fig. 21. — Tire-bouchon à spires doubles de P. Segond.

cervico vaginale, donnant accès sur la partie interne de la base du ligament large. Unilatérale, elle a l'aspect d'une entaille largement béante : elle donne un jour considérable, et peut suffire pour l'exécution des manœuvres suivantes dans quelques cas. Bilatérale, elle donne au museau de tanche, fendu transversalement, l'aspect d'une « gueule de four », suivant la comparaison de Segond : elle fait tout le jour pos-

sible et désirable, et suffit pour tous les fibromes justiciables de cette intervention. Cette hystérotomie cervico-vaginale transversale divise l'utérus dans son segment inférieur en deux valves permettant l'intro-

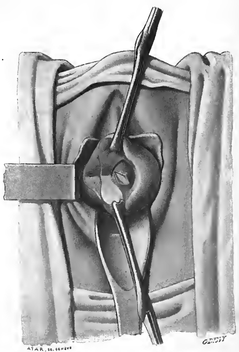


FIG. 22. — Incision unilatérale : on aperçoit le fibrome revêtu de la muqueuse utérine ouverte par un coup d'ongle.

mission facile du doigt pour l'exploration, et des instruments pour l'opération : elle permet de sentir et de voir. (Voy. fig. 23.)

2° TEMPS : *Exploration de la cavité utérine.* — Par le large accès donné par l'hystérotomie cervico-vaginale latérale, on explore l'uté-

rus : quelquefois la tumeur, bombant à travers l'utérus bivalve, vient s'offrir à la vue, il n'est guère alors possible et utile d'explorer davan-

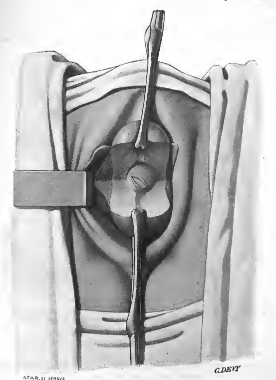


Fig. 23. — Incision bilatérale : on aperçoit le fibrome revêtu de la muqueuse utérine ouverte par un coup d'ongle.

tage : on n'a qu'à commencer immédiatement le morcellement; le plus souvent on peut introduire l'index tout entier, que l'on promènera sur les faces, les bords, les angles de la cavité utérine, et l'on se rendra

compte, de cette façon, du siège exact du fibrome, du point où il est le plus aisément accessible, de son volume, de sa consistance, de la place où il y aura avantage à pratiquer la première implantation du tire-bouchon. Cette investigation méthodique sera facilitée en pratiquant l'abaissement de l'utérus par la traction sur les pinces appliquées sur les lèvres du col et surtout par le toucher bimanuel abdomino-

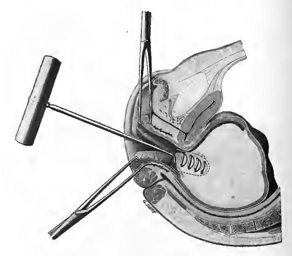


Fig. 24. — Implantation du tire-bouchon dans le fibrome. Le pointillé indique l'endroit où passera le couteau, qui détachera ainsi une sorte de cône fibreux.

intra-utérin : une main à l'hypogastre abaissant le fond utérin, un doigt ou même deux dans la cavité utérine.

3° Temps : *Morcellement du fibrome.* — La cavité utérine étant explorée, l'index, placé sur la partie la plus saillante ou la plus accessible du fibrome, avec l'ongle simplement on cherche, pour arriver sur le tissu propre de la tumeur, à déchirer la muqueuse, à effondrer la coque péri-fibreuse, en dissociant les fibres musculaires ; si le fibrome est visible d'emblée, on pourra faire ce débridement de la capsule au bistouri. La déhiscence de la coque étant ainsi obtenue, on décor-

tique avec l'extrémité du doigt, dans une certaine étendue et dans la mesure des limites possibles, le fibrome qui fait ainsi hernie, reconnaissable facilement à son aspect blanchâtre, à travers les lèvres retroussées de la plaie musculo-muqueuse.

On a, de cette façon, une aire du fibrome dégagé où l'application du tire-bouchon est directe. On enfonce celui-ci de quelques tours, et

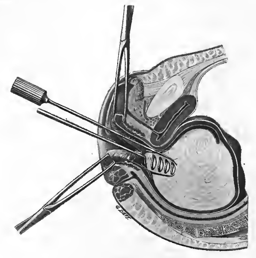


Fig. 25. — Le couteau décrit autour des spires du tire-bouchon un mouvement de circumduction.

quand on sent bien la tumeur en main par l'intermédiaire de cet instrument, on continue la décortication, et l'on procède à l'énucléation pure et simple si le fibrome est petit; on commence immédiatement le morcellement dans le cas contraire. (Voy. fig. 24.)

Celui-ci est simple, net et large : c'est le morcellement par évidement conoïde en plein fibrome avec les spires du tire-bouchon comme axe et point d'appui; il permet d'enlever méthodiquement, presque géométriquement, de gros morceaux. Le tire-bouchon est enfoncé suffi-

samment pour tenir bon, mais pas trop, pour permettre l'évolution du couteau, et tenu de la main gauche qui tire sur lui sans violence : il ne dérape pour ainsi dire jamais. De la main droite, on plonge franchement le couteau à long manche, à lame lancéolaire légèrement recourbée et bitranchante de Segond, dans le tissu fibreux et un peu obliquement vers la pointe du tire-bouchon jusqu'à ce qu'on ait la sensation d'être au-dessus d'elle : alors seulement, par des mouvements légers de va-et-vient, on décrit une sorte de volute, de circumduction qui ramène le couteau à son point de départ. Le tire-bouchon cède sous l'effort d'une petite traction : il a entraîné avec lui un fragment conique du fibrome. On continue la même manœuvre plusieurs fois, autant qu'il est nécessaire pour diminuer le volume de la tumeur. Pendant tout ce travail morcellaire, l'utérus peut s'abaisser suffisamment, ses deux lèvres écartées par les pinces de Museux servent de valves, et on peut se passer de celles-ci, au moins d'une : la supérieure ; la valve inférieure est nécessaire le plus souvent, car elle contient le périnée qui, dans certains cas, tend à se redresser lorsque la fourchette vulvaire est bien sanglée et n'a pas été évasée, par des accouchements antérieurs. (Voy. fig. 25.)

Quand le morcellement est assez avancé, qu'il a creusé pour ainsi parler une fondrière, une carrière dans le fibrome, quand le plan de clivage capsulaire est trouvé, on peut introduire les écarteurs unicoudés de Péan dans l'utérus lui-même : ils écartent fort bien et protègent les parois utérines, insinués qu'ils sont entre ces dernières et le restant du fibrome devenu ainsi plus accessible au doigt et à l'œil. Mais ils ne sont pas toujours nécessaires, et ne doivent être employés que dans certains cas particuliers. Les derniers morceaux de l'évidement sont les plus gros, ce qui se comprend ; car le fibrome, une fois réduit de volume, permet au doigt une action plus efficace et une possibilité plus grande de trouver le plan de clivage : alors, par des mouvements de traction, de torsion, de rotation combinés, s'opère le désenclavement, quelquefois presque spontané, de la partie supérieure de la tumeur qui vient en bloc à la vulve, ce qui abrège considérablement la durée de l'opération : en effet, la masse ainsi décortiquée et énucléée, en dernier lieu, dépasse quelquefois par son volume celui du monceau des fragments enlevés par l'évidement du début, qui est comme un travail d'amorce. Mais il est d'autres cas où le fibrome, solidement incrusté, résiste jusque dans ses dernières attaches sans jamais offrir les zones de décollement espérées, et cela malgré le

travail de mine exercé dans son centre par un évidement prolongé, accentué et laborieux : on est obligé d'aller jusqu'au bout de l'extraction par le morcellement, mais il faut alors se méfier, et la prudence conseille de substituer au tire-bouchon, comme instrument de prise, des pinces à abaissement, et quelquefois au couteau à double tranchant de longs ciseaux courbes, car à la fin de l'opération ils sont périlleux pour la paroi utérine qu'ils peuvent transpercer. (Voy. fig. 26 et 27.)

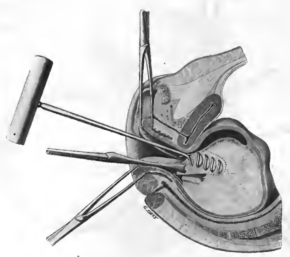


Fig. 26. — Un cône fibreux a été détaché, et, grâce à une pince qui n'a pas laissé filer le fibrome et qui sert d'amarre, on a revissé le tire-bouchon.

4e Temps : *Traitement des loges fibreuses déshabitées et de la cavité utérine.* — De l'énucléation avec ou sans morcellement des fibromes, résultent des cavités de dimensions variables : après avoir exploré avec le doigt promené doucement sur leur surface interne, s'il n'y a a pas de solution de continuité soit vers la cavité péritonéale, soit vers l'espace interlamellaire du ligament large; après s'être rendu compte de la disposition respective des loges d'énucléation et de la cavité utérine adjacente et indépendante, quelquefois on devra, tout d'abord, s'assurer

de l'hémostase de ces cavités, appliquer des pinces, s'il y a lieu, sur les points saignant véritablement, qui sont rares, puis régulariser leurs parois internes en réséquant, aux ciseaux courbes, les lambeaux capsulaires plus ou moins importants qui flottent à leur surface. Ensuite, on procédera à la toilette soignée de ces cavités fibreuses et utérines en les détergeant des caillots qui y sont contenus, au moyen d'éponges

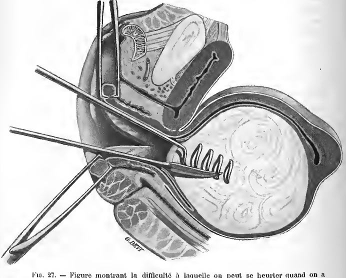


FIG. 27. — Figure montrant la difficulté à laquelle on peut se heurter quand on a affaire à une vulve trop étroite, ou quand le tire-bouchon est trop enfoncé. Le couteau ne peut décrire son cône de révolution autour et au-dessus des spires du tire-bouchon et vient s'embarrasser parmi elles sans pouvoir sectionner.

ou de compresses montées, en y pratiquant une large et rapide ablution, également avec des compresses montées sur pinces et imbibées d'une solution de sublimé ou simplement d'eau stérilisée chaude à 50 degrés, ou encore de sérum artificiel, d'eau oxygénée ou d'eau alcoolisée, mais en ayant soin de la faire suivre rapidement d'un assèchement bien fait.

Enfin, l'utérus, évacué de son contenu fibreux, ayant été bien mis à sec, de façon à ne pas laisser stagner des produits de rétention, on terminera par le tamponnement des cupules d'énucléation et de la cavité utérine au moyen de lanières de gaze stérilisée, ou mieux, de mèches ourlées en nombre variable suivant la capacité des loges, en ayant soin de faire ressortir une de leurs extrémités dans le vagin afin d'éviter l'oubli regrettable de l'une d'elles dans l'utérus au cours des pansements consécutifs.

5e Temps : *La suture du col.* — La suture de l'incision hystérotomique cervico-vaginale après l'intervention est facultative et dépend des conditions dans lesquelles on se trouve après le morcellement. Il est certain que, si les surfaces de section des bords de l'utérus saignent, la suture pourra suffire dans bien des cas à arrêter cette petite hémorrhagie. Elle sera faite avec quelques points de catgut fort. Il est à remarquer que l'opération se termine par la suture du col après que le tamponnement intra-loculaire et intra-utérin a été effectué.

Voici maintenant les planches correspondantes à quelques-unes de nos observations.

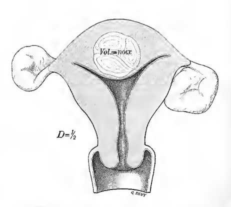


Fig. 28. — Coupe vertico-transversale d'un utérus contenant un fibrome sous-muqueux interstitiel du fond, accompagné d'annexite bilatérale.

Observation. — Énucléation par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale. Fibrome ayant le volume d'une noix. Hystérectomie vaginale consécutive, quatre ans après, non pour récidive fibreuse, mais pour troubles d'origine annexielle. Guérison.

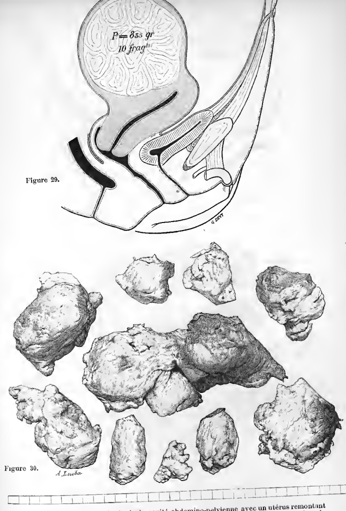


FIG. 29. — Coupe sagittale de la cavité abdomino-pelvienne avec un utérus remontant un peu au-dessus de l'ombilic et contenant un fibrome interstitiel développé dans la paroi postérieure et sur le fond.

FIG. 30. — Les dix fragments de la même tumeur enlevée résultant du morcellement. (Au-dessous de la figure est une échelle centimétrique permettant de se rendre un compte exact du volume des fragments.)

OBSERVATION. — Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale. Fibrome pesant 835 grammes. Inversion utérine opératoire. Guérison.

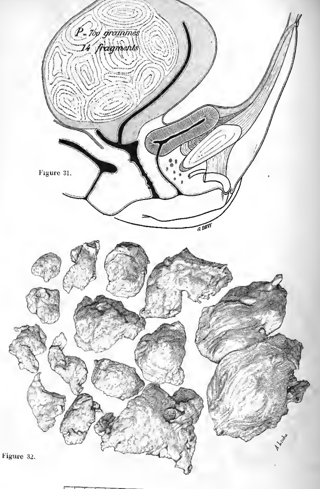


Fig. 31. — Coupe sagittale de la cavité abdomino-pelvienne avec un utérus remontant au niveau de l'ombilic et contenant un fibrome interstitiel de la paroi postérieure.

Fig. 32. — Les quatorze fragments de la même tumeur enlevée résultant du morcellement. (Au-dessous de la figure est une échelle centimétrique permettant de se rendre un compte exact du volume des fragments.)

Observation. — Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale. Fibrome pesant 700 grammes. Inversion utérine totale opératoire. Guérison.

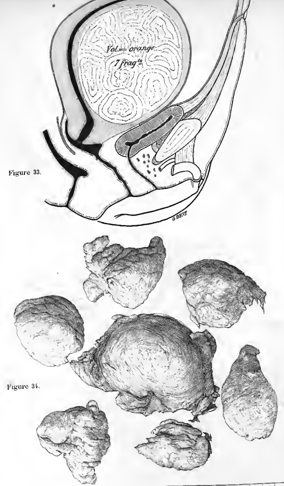


Fig. 33. — Coupe sagittale de la cavité abdomino-pelvienne avec un utérus remontant un peu au-dessus du niveau de l'ombilic et contenant un fibrome interstitiel de la paroi antérieure.

Fig. 34. — Les sept fragments de la même tumeur enlevée résultant du morcellement. (Au-dessous de la figure est une échelle centimétrique permettant de se rendre un compte exact du volume des fragments.)

Observation. — Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale. Fibrome ayant le volume d'une orange. Guérison.

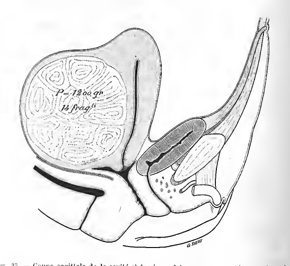


Fig. 35. — Coupe sagittale de la cavité abdomino-pelvienne avec un utérus contenant un fibrome interstitiel de la paroi postérieure.

Observation. — Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale. Fibrome pesant 1.200 grammes. Inversion utérine totale opératoire. Guérison.

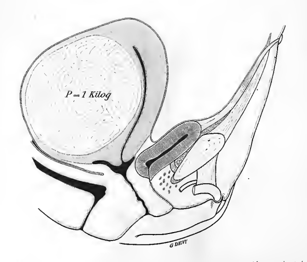


Fig. 36. — Coupe sagittale de la cavité abdomino-pelvienne avec un utérus contenant un fibrome interstitiel de la paroi postérieure.

Observation. — Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale. Fibrome pesant 1 kilogramme. Guérison.

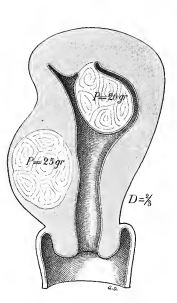


Fig. 37. — Coupe vertico-transversale d'un utérus présentant un fibrome interstitiel développé dans le bord droit, et un petit polype implanté sur le fond.

Observation. — Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale du fibrome interstitiel et polypectomie vaginale complémentaire du petit polype pesant 20 grammes. Guérison.

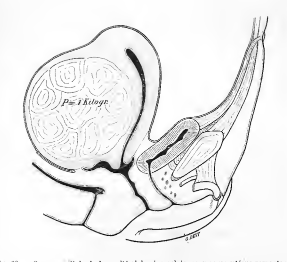


Fig. 38. — Coupe sagittale de la cavité abdomino-pelvienne avec un utérus remontant au niveau de l'ombilic et contenant un très gros fibrome de la paroi postérieure.

Observation. — Énucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale. Fibrome pesant 1 kilogramme. Guérison.

4° — Six observations de fibromes interstitiels enlevés par voie vaginale après hystérotomie cervicale bilatérale.

Ces six observations dans lesquelles l'utérus s'est inversé en totalité au cours des manœuvres opératoires ont documenté les conclusions de Fresson sur la nécessité de systématiser l'emploi des incisions cervicales comme moyen de faciliter la réduction de l'inversion utérine (H. Fresson : Indications et manuel opératoire dans le traitement de l'inversion utérine). — *Th. de Doct.*, Paris, 1902.

IV

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Dans son rapport au Congrès de Genève de 1896, Bouilly[1] a bien voulu rappeler mes premiers travaux sur la valeur de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes, et dire que j'avais été le premier vulgarisateur de l'opération nouvelle, décrite alors sous le nom d'opération de Péan. Pareille consécration m'est trop précieuse pour que je n'aie pas à cœur de la rappeler.

Depuis mon premier travail sur l'hystérectomie vaginale, je n'ai du reste jamais cessé d'en poursuivre l'étude, de préciser ses indications et d'en perfectionner le manuel opératoire. En un mot, j'ai tout fait pour rester digne du jugement si flatteur de Bouilly, et j'espère que mes publications personnelles, aussi bien que celles de mes élèves, forment pour l'histoire de l'hystérectomie vaginale un dossier important et utile à consulter.

Je ne me suis pas d'ailleurs borné à l'étude de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. Le résumé qui va suivre en témoigne et montrera comment les autres indications de cette opération dans le traitement du cancer et des fibromes utérins, les particularités de son manuel opératoire dans ces deux cas, m'ont successivement occupé.

1. Bouilly : Rapport sur le traitement chirurgical des suppurations pelviennes. *Compte rendu de la 2e session du Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique*, tenu à Genève en septembre 1896.

A. — L'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes et des lésions annexielles non néoplasiques.

1° — De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1891, t. XVII, p. 153.

Dans ce travail, basé sur vingt-trois opérations personnelles, j'ai d'abord étudié les indications de l'intervention et décrit son manuel opératoire. Je me suis ensuite efforcé de montrer que la castration utéro-ovarienne avait, sur la castration ovarienne par laparotomie, les trois avantages suivants : 1° gravité moindre ; 2° efficacité supérieure ; 3° absence de cicatrice. Enfin j'ai formulé cette conclusion que « dans la plupart des cas de suppuration péri-utérine bilatérale » on devait désormais « préférer à la laparotomie l'hystérectomie, avec ou sans ablation des annexes ».

Prendre aussi nettement la défense de l'opération de Péan n'était pas tentative sans audace. En effet, je possédais seul, à cet époque, les documents voulus pour aborder la discussion et, par surcroît, j'étais, parmi mes collègues, seul partisan convaincu de l'opération nouvelle ; ma tâche était donc assez difficile. Et cependant je n'ai eu qu'à me féliciter de mon initiative, car, dans la réponse qui a terminé cette importante et première discussion, j'ai déjà pu dire que l'opération nouvelle avait désormais tous les droits d'une intervention rationnelle.

Je ne parle ici que de la Société de Chirurgie, car ma communication une fois publiée, une campagne acharnée s'est aussitôt menée dans la presse scientifique et ailleurs, contre l'intervention nouvelle. Le parti pris et les questions de personne se sont, ainsi qu'il arrive trop souvent, mélangés aux jugements motivés et, comme je l'ai dit plus tard dans la préface de la thèse de Baudron : « S'il était permis d'avancer que les qualités d'une opération sont en raison inverse de l'aménité qu'elle éveille chez ses détracteurs, j'en connais peu qui auraient à notre confiance des droits mieux acquis. »

2° — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes. — *Congrès franç. de Chir.* (5e session), Paris, 1891, t. V, p. 213.

A propos de cette question, mise à l'ordre du jour du congrès, *je com-*

pare le pronostic thérapeutique de l'ablation des annexes, suivant qu'elle est pratiquée par laparotomie ou qu'elle est effectuée par le vagin avec hystérectomie préliminaire. Dix-huit observations d'ablations annexielles par laparotomie, et dix-sept observations d'ablations utéro-annexielles totales par voie vaginale, documentent les arguments que je fais valoir, pour montrer d'abord que « les résultats thérapeutiques définitifs de l'ablation des annexes par voie vaginale avec hystérectomie préliminaire sont supérieurs à ceux de l'ablation des annexes par laparotomie » et, pour établir ensuite, que la castration utéro-anexielle doit être considérée comme une excellente opération, non pas seulement en cas de pyosalpingites bilatérales compliquées de pelvi-péritonite (indication admise par nombre de mes collègues à la Société de Chirurgie depuis ma communication du 25 février 1891), mais aussi dans les cas d'ovaro-salpingites, suppurées ou non énucléables et bilatérales.

3° — **Lettre à M. Pozzi sur l'hystérectomie dans les lésions inflammatoires des annexes.** — *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, Paris, 1891, t. XXVIII, p. 222.

Cette lettre répondait à un article que M. Pozzi venait d'écrire dans le même journal sur ou mieux contre l'hystérectomie vaginale. En voici quelques extraits :

« ... . Les doctrines chirurgicales qui nous guident sont tellement semblables, qu'il me paraît impossible de voir nos divergences se perpétuer, comme à cette heure, radicales et complètes. En tout cas, j'attache une trop grande valeur à vos opinions pour ne pas considérer comme un devoir de toujours discuter vos arguments avec un soin particulier et c'est bien ce que je compte faire avec tous les détails voulus, lorsque mes documents seront plus nombreux. »

« Pour l'instant, je voudrais simplement relever quelques-unes de vos objections les plus générales et, surtout, vous dire à mon tour que, dans votre travail si précis au point de vue chirurgical, il y a cependant plusieurs *figures de rhétorique* (l'expression est de vous), contre lesquelles j'ai le désir bien légitime de mettre en garde ceux qui doivent juger entre nous. Je ne parle pas seulement ici de vos réflexions sur le *silence des sceptiques ou des timides* que j'aurais pris *pour une sorte d'acquiescement*, de votre échappée sur l'*empirisme* qui, *quelque grossier qu'il puisse paraître, nous a souvent amené à de véritables découvertes*, ou bien encore de vos soupçons sur l'*origine un peu*

fortuite de la méthode. Ce que je vise particulièrement, ce sont les manifestations de votre effroi lorsque vous songez aux *dangers* que peut avoir *la généralisation du procédé opératoire.* »

« *L'hystérectomie,* dites-vous, *est une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic... Ici, point d'incision exploratrice, le premier coup de bistouri entraîne la perte fatale de la fécondité. — Le vagin est un gouffre* (!) *où s'enseveliront, sans vérification et sans enseignement possibles, les plus impardonnables erreurs. Puisse la vulgarisation de cette méthode, qui bénéficie déjà de l'engouement inhérent à toutes les nouveautés, ne pas multiplier les interventions graves et les mutilations irréparables faites par des opérateurs trop enhardis sur des femmes trop rassurées!!!* Aurions-nous donc mérité si verte sévérité? Ne vous semble-t-il pas que l'amour de la forme comme celui de la conservation de l'espèce vous ait entraîné plus loin que votre pensée? »

« Certes, comme vous l'a dit notre ami Reclus, nous savons ce que *des personnalités peu instruites ou insuffisamment scrupuleuses* peuvent faire des meilleures opérations. Il est aussi bien certain que nos diagnostics les plus travaillés ne sauraient prétendre à l'infaillibilité, et, de même que les laparotomistes ont plus d'une fois supprimé des annexes qui ne demandaient qu'à vivre, de même les hystérectomistes sont exposés à pareil mécompte. Mais, quels que soient ces erreurs ou ces abus, je ne vois pas que l'avenir de l'hystérectomie puisse en souffrir davantage que celui de la laparotomie. Ici, comme toujours, il faut agir suivant sa conscience de clinicien et franchement, si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions ovaro-salpingiennes semble aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, je ne crois pas que l'intervention vaginale mérite jamais le reproche d'être plus compromettante que la laparotomie pour les fonctions de reproduction. Ne m'accusez donc plus, cher ami, d'avoir creusé le moindre gouffre; souvenez-vous que la laparotomie a tout comme l'hystérectomie ses écueils, ses dangers, ses difficultés ou même ses impossibilités, et concédez-moi que, pour un chirurgien comme vous habile de ses mains et pénétré des devoirs de sa mission, *le vagin n'est pas plus un gouffre que la voie sus-pubienne n'est un abîme.* »

Je reproduis ces quelques passages pour rappeler le ton de nos discussions d'alors et, bien entendu, je ne parle que de nos discussions vraiment scientifiques. Le nom seul de mon correspondant en témoigne hautement. Ceux qui ont gardé le souvenir de cette première phase de l'histoire de l'hystérectomie vaginale comprennent

bien le pourquoi de cette remarque. Ils savent en effet que si la vulgarisation de l'opération de Péan a eu l'honneur de soulever l'une de nos plus importantes discussions chirurgicales de ces dernières années, elle n'a pas moins eu le don de provoquer aussi les polémiques les plus discourtoises. Mais celles-ci n'ont jamais été que des écarts de plume regrettables ou parfaitement négligeables que je m'excuse presque de rappeler ici.

4° — **Rapport sur les suppurations pelviennes.** — *Congrès intern. périod. de Gyn. et d'Obst.* (Première session), Bruxelles, 1892, p. 37 et 232.

Ce rapport traite exclusivement la question du traitement. Les règles générales qui doivent nous guider, la part qu'il convient de faire au traitement médical puis à la prophylaxie et même à la thérapeutique, dite indirecte, des abcès pelviens, sont d'abord étudiés. Viennent ensuite les indications de leur incision simple. J'aborde enfin l'étude des cas graves de suppurations pelviennes qui, sans revendication possible de la gynécologie médico-chirurgicale, réclament nos interventions radicales. Ici, les indications et les avantages de la laparotomie dans le traitement des suppurations pelviennes sont attentivement rappelées, mais, répondant au souhait évident du comité d'organisation du Congrès (mon choix comme rapporteur en donnait bien la preuve), je m'efforce surtout de montrer le terrain gagné par l'hystérectomie vaginale et d'exposer, avec tous les détails voulus, nos connaissances du moment sur ses indications, sa valeur et son manuel opératoire.

Voici du reste les deux paragraphes qui terminent ce rapport : « *Les indications de l'hystérectomie sont les mêmes que celles de l'ablation bilatérale des annexes par laparotomie.* Ce qui nous importe pour décider l'intervention, ce n'est pas le fait de la purulence, c'est *la bilatéralité et l'incurabilité médicale de lésions péri-utérines.* Je ne conteste point que les indications de l'hystérectomie, ainsi précisées, ne puissent encore laisser place à l'erreur, et j'accepte très bien qu'il faille donner la préférence à la laparotomie chaque fois qu'un diagnostic paraît douteux. Mais je n'en maintiens pas moins ma conclusion, et, je le répète, *si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions semble, de par les données cliniques, aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, j'estime que l'inter-*

vention par les voies naturelles conserve toutes les garanties d'une opération rationnelle et pleinement justifiée. Pour ma part, malgré le nombre important des interventions vaginales que je possède à mon actif, je n'ai pas hystérectomisé une seule femme dont un laparotomiste eût épargné les annexes. L'inverse, en revanche, m'est arrivé, et, plus d'une fois déjà, croyant le diagnostic de bilatéralité douteux, j'ai laparotomisé des femmes qui auraient eu grand avantage à être hystérectomisées. »

« Telles sont les diverses considérations que je voulais vous soumettre. Sans m'exagérer leur portée, j'espère cependant que mon argumentation pourra trouver quelque crédit, même auprès de ceux d'entre vous qui suspectent le plus le bien fondé de nos assertions. En tout cas, si vous voulez bien tenir compte des faits personnels que j'invoque devant vous, vous verrez que nos résultats thérapeutiques sont beaux et durables; vous constaterez qu'en nombre de circonstances nous triomphons des lésions suppuratives les plus graves; vous reconnaîtrez même que nos opérées ont plus de sécurité et de satisfaction sans cicatrice qu'avec le plus séduisant des surjets; vous saurez enfin que l'hystérectomie est souvent moins grave que la laparotomie, et, dans ces conditions, j'ai le ferme espoir que plus d'un nouvel adepte pensera, comme Bouilly, que l'hystérectomie par morcellement est bien *l'unique opération des ablations annexielles bilatérales quand elles sont très nettement indiquées.* »

5° — **Les suppurations pelviennes.** — *Congrès franç. de Chir.*, Paris, 1893, t. VII, p. 701.

Cette communication contient plusieurs détails sur le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale et des relevés d'observations établissant que l'opération n'a point à redouter la comparaison avec les statistiques les plus parfaites de salpingectomies abdominales.

6° — **Préface et Documents** de la thèse inaugurale de Baudron : **De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus.** — *Th. de Doct.*, Paris, 1894.

Certes, Baudron, a su faire une œuvre très personnelle qui marque une date dans l'histoire de l'hystérectomie vaginale. Toute-

fois, comme il veut bien l'écrire lui-même, son travail a pour base exclusive mes 200 premières hystérectomies annexielles; les figures originales qu'il donne sont la reproduction de photographies prises sous ma direction aux différents temps de l'opération exécutée sur le cadavre; enfin ses opinions sur les indications et la valeur de l'intervention, comme ses conseils sur le meilleur manuel opératoire à suivre, sont le reflet presque intégral de mon enseignement. Il y a donc là collaboration assez active pour me donner le droit de citer ici cet important travail et d'en reproduire les principales conclusions. Elles sont encore, à peu de chose près, ce que je pense et ce que j'enseigne aujourd'hui.

« I. L'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes, doit s'appeler : opération de Péan. C'est toujours une castration utérine; très souvent une castration utéro-annexielle totale. »

« II. L'hystérectomie vaginale, d'ordinaire purement évacuatrice, est l'opération de choix dans les suppurations pelviennes graves, soit par l'étendue et l'ancienneté des lésions, soit par la coexistence de fistules viscérales, soit par la septicité particulière du pus. L'indication est encore plus formelle si la suppuration coïncide avec des néoplasmes utérins (fibromes, cancers). »

« III. Dans les suppurations enkystées de la trompe et de l'ovaire, l'opération de Péan soutient victorieusement la comparaison avec les statistiques des laparotomistes les plus compétents. Pour les résultats immédiats comme pour les résultats éloignés, outre qu'elle donne une guérison immédiate aussi bonne et une guérison thérapeutique plus parfaite, elle supprime la cicatrice abdominale qui, dans ces cas, est une difformité réelle par ses dimensions (nécessité d'y voir dans la position déclive) et par le drainage. »

Baudron ajoute ici que : « le siège haut situé des poches tubaires et ovariennes n'est pas une contre-indication de l'hystérectomie vaginale ». Mes publications ultérieures sur l'hystérectomie abdominale montrent que je ne suis pas de cet avis.

« IV. Dans les lésions annexielles non suppurées, l'opération de Péan est supérieure à la laparotomie : parce que sa mortalité est nulle, parce qu'elle ne laisse pas la moindre cicatrice, parce que ses résultats définitifs sont plus parfaits. »

« V. Dans les névralgies pelviennes, si le chirurgien juge en conscience qu'il doit intervenir, c'est à l'opération de Péan qu'il donnera la

préférence, car la castration totale ne supprime pas seulement une fonction comme la castration ovarienne, mais un organe. »

« VI. Appliquée à la grossesse ectopique, l'opération de Péan donne des résultats encourageants, mais encore trop peu nombreux pour qu'il soit possible d'en tirer une conclusion. Dans une publication ultérieure sur la grossesse utérine, je montre dans quelle mesure il convient d'accepter cette conclusion. »

« VII. L'opération de Péan est absolument contre-indiquée dans les lésions annexielles unilatérales et dans les cas où la bilatéralité est douteuse. » .

« VIII. Elle devient une opération dangereuse et difficile dans les suppurations puerpérales, d'origine récente. Mieux vaut toujours attendre, pour faire l'hystérectomie, que les tissus soient moins infiltrés et moins friables et se contenter de pallier aux accidents infectieux par une incision vaginale ou une laparotomie. »

« IX. Le manuel opératoire de l'opération de Péan doit varier suivant les cas particuliers. Si l'utérus est très mobile, le procédé de Doyen est le procédé de choix. Très bon dans les mêmes conditions, le procédé Muller-Quénu est cependant moins rapide et moins brillant. Pour peu que l'utérus soit volumineux, adhérent ou difficilement abaissable, il faut, à la manière de Segond, amputer le col d'abord et procéder ensuite à l'ablation du corps, soit par bascule antérieure après hémisection ou évidement conoïde de la paroi utérine antérieure, soit par bascule postérieure, après manœuvre analogue sur la paroi utérine postérieure, soit enfin par les résections transversales de Péan, toutes les fois que la solidité de l'enclavement utérin ne permet pas d'agir autrement. Dans tous les cas, l'ablation des annexes malades doit se faire sous le contrôle de la vue. Le curettage préalable de la cavité utérine est, au point de vue antiseptique, une modification excellente apportée à la technique de l'hystérectomie vaginale. »

7° — **Tuberculose des trompes et des ovaires; fibromyomes utérins. Hystérectomie vaginale. Guérison.** (Observations et pièce présentées à la Société anatomique par mes internes MM. Claisse et Dartigues.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1900, 6e série, t. II, p. 127.

L'intérêt de cette pièce porte sur les points suivants : 1° netteté des lésions ; 2° localisation des lésions aux annexes, sans aucune autre mani-

festation bacillaire; 3° rapport particulier entre les lésions annexielles et la fibromatose utérine.

8° — **Indications de l'hystérectomie vaginale dans les infections puerpérales.** (Voir travaux réunis dans le titre : *Chirurgie et Puerpéralité*. Publication 2° de la série C, page 183.)

B. — L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS L'ABLATION DES TUMEURS ANNEXIELLES.

1° — **L'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes.** — *Congrès franç. de Chir.* (Huitième session tenue à Lyon.) Paris, 1894, t. VIII, p. 681.

Cette communication basée sur 11 observations personnelles est le premier travail qui ait paru sur les rapports de l'hystérectomie avec l'ablation vaginale des tumeurs ovaro-salpingiennes. Mes conclusions sont reproduites et précisées dans le travail qui suit.

2° — **Des tumeurs annexielles bilatérales qu'il convient d'enlever par voie vaginale avec hystérectomie** (avec 2 planches et 2 figures). — *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, Paris, 1897, t. I, p. 59.

Ce mémoire contient 14 nouvelles observations qui s'ajoutent aux 11 faits de ma communication précédente, pour documenter mes assertions. L'étude de ces 25 cas me conduit aux conclusions suivantes :

Les tumeurs annexielles qu'il convient d'enlever par voie vaginale avec hystérectomie se divisent en deux groupes :

1° *Tumeurs annexielles assez volumineuses pour atteindre et même dépasser un peu le niveau de l'ombilic, mais présentant cette double condition : bilatéralité évidente, mobilité parfaite.* (L'observation XVII de mon Mémoire donne un bel exemple de ce que permet la voie vaginale en pareil cas. Les deux kystes ovariens enlevés à cette malade formaient en effet une masse dont le pôle supérieur remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et la cavité utérine mesurait 15 centimètres de hauteur.)

2° *Tumeurs annexielles peu volumineuses et bas situées, kystiques ou solides, mobiles ou enclavées, compliquées ou non d'ascite, mais nettement bilatérales.* En présence de pareilles tumeurs, la supériorité de l'ablation

par voie vaginale, avec hystérectomie, me paraît très nette. Je crois avoir, en effet, montré que l'intervention se présente avec les caractéristiques suivantes : difficultés opératoires négligeables ; pronostic immédiat comparable à celui des interventions abdominales les plus sûres ; pronostic thérapeutique non moins satisfaisant ; enfin, possibilité précieuse de donner aux patientes les avantages et la satisfaction d'une paroi abdominale intacte. Quant à la prétendue infériorité de la voie vaginale, en cas d'erreur de diagnostic, les faits ont montré tout ce qu'elle a d'imaginaire. En cas d'unilatéralité méconnue, la cœliotomie

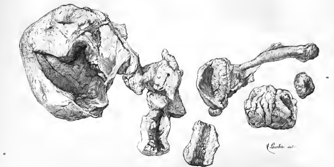


Fig. 39. — Pièces de l'observation XXII du mémoire. Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Petit kyste hématique de l'ovaire gauche.

vaginale exploratrice permet aussi bien de s'arrêter à temps que d'enlever seulement les parties malades. Et lorsque l'erreur porte, non plus sur la bilatéralité, mais sur la nature ou le siège de la tumeur, on conserve encore tous ses avantages, puisque la voie vaginale est certainement la meilleure pour s'attaquer aux néoplasmes de l'utérus ou des ligaments larges, toutes les fois que leurs dimensions le permettent.

Ces indications une fois posées, je termine par la description du manuel opératoire variable avec les cas particuliers, mais se rattachant bien néanmoins à des modalités principales, suivant qu'on est conduit à enlever l'utérus avant, pendant ou après l'ablation des annexes. Cette division m'est personnelle et je la crois importante.

Pour bien spécifier les cas dont il est question dans ce travail, je reproduis les trois figures représentant les pièces de trois de mes obser-

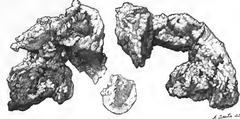


Fig. 40. — Pièces de l'observation XIX du mémoire. Tumeurs végétantes des deux ovaires avec ascite abondante.

vations. Les figures sont dessinées d'après des photographies faites aussitôt après l'ablation des organes. L'échelle qui figure en bas de chacune



Fig. 41. — Pièces de l'observation XX du mémoire. Gros ovaires kystiques qui étaient immobilisés par des adhérences péritonéales très résistantes.

d'elles représente une règle centimétrique photographiée sur le même cliché que les pièces. Les proportions relatives de l'échelle centimé-

trique et des pièces sont donc aussi rigoureuses que possible. Chaque division de l'échelle valant 1 centimètre, il est facile, à l'aide d'un compas, d'avoir les dimensions exactes des parties représentées.

C. — L'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes.

1° — Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale. — *Congrès franç. de Chir.*, Paris, 1895, t. XIX, p. 927.

Ce travail n'est, en substance, que la justification d'une opinion formulée pour la première fois, dans mon rapport sur les suppurations pelviennes, au Congrès de Bruxelles. La valeur de l'hystérectomie dans l'ablation des fibromes, disais-je, est en général assez mal connue. Nombre de chirurgiens pensent, en effet, que la voie vaginale permet seulement l'ablation de fibromes de petit et de moyen volume. C'est, à mon avis, une erreur, et j'estime au contraire que l'ablation des fibromes par hystérectomie est une opération merveilleuse qui permet de s'attaquer avec succès à toute masse fibreuse utérine ou péri-utérine dont les limites supérieures ne dépassent pas l'ombilic.

A l'appui de cette manière de voir, j'apporte un relevé de 66 observations. Ces 66 observations, prélevées sur ma statistique générale d'hystérectomies pour fibromes, ne comprennent que les cas dans lesquels la masse à morceler, pesant 1.200 grammes au moins à 4 kilogrammes au plus, remontait plus ou moins franchement au niveau de l'ombilic. Toutes les malades de cette série présentaient une ou plusieurs des indications formelles de l'intervention. Nombre d'entre elles étaient dans un état des plus graves résultant le plus souvent de l'abondance des hémorrhagies antérieures et dépendant, dans les autres cas, de phénomènes de compression ou de lésions suppuratives péri-utérines.

Ces 66 observations m'ont donné 59 guérisons et 7 morts.

Les 7 morts se répartissent de la façon suivante : 3 morts par péritonite, survenues dans les trois premiers jours. — 2 morts par shock, survenues en quelques heures à la suite d'un morcellement de trois heures de durée chez deux femmes albuminuriques et réduites au dernier degré de l'anémie par leurs hémorrhagies antérieures. — Une mort par hémorrhagie survenue à l'ablation des pinces. Dans ce cas, les vaisseaux des ligaments larges offraient un volume insolite et l'hémorrhagie qui a tué la malade s'est faite par suintement. Le sang s'est accu-

mulé derrière le tamponnement vaginal sans s'écouler au dehors, en quantité suffisante pour motiver une intervention. — Une mort par occlusion intestinale (volvulus au niveau de la cicatrice), survenue au quinzième jour, à la suite d'un morcellement des plus laborieux dont les suites avaient été jusque-là aussi rassurantes que possibles.

Dans les 59 cas de succès, 49 fois la guérison a été obtenue sans incident, et 10 fois j'ai eu les complications suivantes : — 1 cas d'escarre sacrée répondant au type de décubitus aigu que j'ai signalé dans la thèse de Baudron. — 1 cas de phlébite fémorale gauche survenu au seizième jour. Je m'y attendais presque, car la malade avait subi quelques mois auparavant une laporotomie pour ablation des annexes. Le chirurgien n'avait pu trouver que les annexes gauches et cette première intervention avait été suivie, elle aussi, d'une phlébite ; celle que j'ai constatée n'était donc qu'un réveil de la précédente. — 1 cas de fistule vésico-vaginale qui a guéri spontanément. — 1 cas de shock vraiment inquiétant qui nous a tenu en éveil pendant plusieurs heures à la suite d'un morcellement laborieux chez une femme anémiée. — 3 cas d'hémorrhagie à l'ablation des pinces. — 1 cas d'hémorrhagie au treizième jour. — Enfin, deux cas de troubles cardiaques des plus inquiétants, revenant par crises plus ou moins répétées et, chaque fois, caractérisés par un affolement du cœur avec sueurs froides, état syncopal et douleurs précordiales. Les deux malades en question avaient été épuisées par plusieurs années de métrorrhagies profuses. — Ces dix opérées ont d'ailleurs parfaitement guéri.

Quant au résultat thérapeutique fourni par ces 59 opérations, il est aussi parfait que possible. C'est merveille, vraiment, de voir, au bout de quelques mois, l'état de santé des femmes ainsi traitées, quand on a bien le souvenir de la gravité des symptômes qui ont motivé l'intervention. Je me contente aujourd'hui de cette appréciation générale, me réservant de reprendre plus tard ces 59 observations pour les joindre à mes autres cas d'hystérectomie et grouper ainsi les documents nécessaires à l'étude sérieuse et complète du pronostic d'avenir de l'opération de Péan. Je signalerai cependant dès aujourd'hui cette particularité, que les troubles congestifs vicariants, tels que les bouffées de chaleur, m'ont paru plus fréquents chez les femmes atteintes de fibromes que chez les malades opérées pour toute autre cause. Cela tient peut-être à ce que, dans ces cas, l'intervention tarit, d'un coup, non pas seulement le sang des règles, mais aussi celui que les patientes avaient en quelque sorte l'accoutumance de perdre en plus ou moins grande abondance du

fait de leurs hémorrhagies pathologiques. Quoi qu'il en soit de l'interprétation, le fait n'existe pas moins, et c'est surtout chez les opérées de cette catégorie qu'il m'a fallu recourir plus ou moins souvent à la saignée pour rétablir l'équilibre. Je dois dire, du reste, que ce moyen vraiment héroïque donne très vite la disparition des accidents.

J'arrive donc à cette conclusion que l'hystérectomie vaginale pratiquée dans les conditions précitées présente les avantages suivants : Sa technique est accessible à tout vrai chirurgien. Elle possède une efficacité supérieure au point de vue du pronostic d'avenir. Elle présente ce précieux avantage de débarrasser les femmes de tumeurs très volumineuses sans qu'il en coûte l'ombre d'une cicatrice apparente. Elle nous donne enfin, autant et plus que toute autre intervention, des garanties aussi parfaites que possible au point de vue du pronostic immédiat. La conclusion me paraît donc s'imposer et j'espère qu'on trouvera dans ce travail les documents voulus pour admettre cette loi générale : que toute tumeur fibreuse ne dépassant pas le niveau de l'ombilic, doit être, sauf exception, enlevée par voie vaginale.

Je termine par l'étude des exceptions dont cette règle est forcément justiciable et notamment par la réfutation de la plus grave objection qu'on lui puisse opposer : à savoir l'impossibilité clinique de reconnaître d'avance les difficultés susceptibles d'empêcher une hystérectomie commencée dans ces conditions d'être menée à bien.

Ces difficultés sont, en effet, très variées. Elles ne se bornent pas seulement aux dimensions intrinsèques du fibrome. Elles proviennent souvent de la multiplicité des tumeurs. Et s'il est, par exemple, fort aisé de morceler en peu de temps un utérus contenant un fibrome énorme, mais unique, il peut être impossible de fragmenter, sans un labeur de durée excessive, un utérus moins gros, mais bourré de fibromes petits et multiples. Ailleurs, les difficultés tiendront à l'étroitesse du vagin, ou bien encore à l'élongation du col avec élévation considérable du corps utérin. Et, chacun le conçoit, toutes ces conditions particulières sont, pour la plupart, difficiles à prévoir par le simple examen clinique. C'est le bistouri à la main, l'opération une fois commencée, qu'il est seulement possible de les reconnaître, et par conséquent, dira-t-on encore, la règle posée se heurte donc là à un écueil des plus périlleux pour elle.

Tout cela est fort juste. Mais il m'est facile de répondre d'avance à ces objections. En effet, pour qu'elles aient toute leur portée, il faudrait que dans les conditions exceptionnelles dont il est question, le fait

d'avoir commencé par le vagin un morcellement qu'on reconnaît devoir être de trop longue durée nous laisse en quelque sorte désarmés. Or, c'est précisément ce qui n'est pas. Reconnaître dès le début d'un morcellement que celui-ci sera trop long pour être rationnel est affaire d'expérience personnelle. Et, pour peu qu'on ait quelque habitude de la méthode de Péan, on ne s'y trompe pas. Ceci admis, supposons qu'on se trouve en présence d'un cas de ce genre, n'est-il pas fort simple, les premiers temps de l'hystérectomie vaginale une fois exécutés, de changer aussitôt de tactique pour terminer l'opération par une laparotomie.

On pourrait aussi, en pareil cas, persévérer dans son projet primitif, et tâcher d'abréger le morcellement en se donnant du jour par un large débridement vaginal. Mais, à mes yeux, cet artifice, pour utile qu'il puisse être, ne doit pas être employé. Il enlève à l'opération ce qui en est, pour ainsi dire, la coquetterie, et la mesquine aisance qu'il donne à nos manœuvres ne vaut certes pas qu'on se décide à l'employer. Au contraire, la laparotomie permet toujours d'achever rapidement les ablations les plus laborieuses, et, par conséquent, c'est à la combinaison dont j'ai parlé plus haut qu'il faut donner la préférence. D'autant mieux que la valeur de l'hystérectomie totale, pratiquée suivant ce manuel, ne me semble pas discutable. Et quand on s'entoure des précautions voulues, ce procédé particulier me paraît aussi bon que les meilleurs.

Je me suis expliqué sur ce point à la Société de Chirurgie[1], à propos de la discussion soulevée par une communication de Richelot, en disant qu'à mes yeux, les méthodes qui permettent une délimitation tranchée entre l'acte abdominal et l'acte vaginal sont les plus satisfaisantes. J'ai ajouté que, le procédé auquel je réserve mes préférences est celui que j'ai adopté par nécessité, en 1888, dans un cas d'hystérectomie très difficile : débuter par les premiers temps de l'hystérectomie vaginale, inciser les culs-de-sac, pincer les utérines, libérer le col, préparer, en un mot, la fin de l'ablation, changer ensuite de position, vérifier sa parfaite asepsie et terminer par la laparotomie. C'est précisément à cette excellente opération que je conseille de recourir lorsqu'un morcellement, commencé par le vagin, menace d'avoir une durée dangereuse. Et partant, j'ai bien le droit de dire que l'objection dont j'ai parlé peut être facilement réfutée. Toute la question

1. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895[a] t. XXI, p. 402.

consiste à posséder une expérience personnelle suffisante pour savoir s'arrêter à temps, au début d'un morcellement vaginal. Lorsqu'on remplit cette condition, on peut tenir pour certain que ma formule générale sur les indications de l'hystérectomie vaginale, dans les cas de fibromes ne dépassant pas le niveau de l'ombilic, conserve sa portée, et que son adoption reste incapable d'exposer au moindre mécompte.

2° — **Communication sur la valeur intrinsèque, les indications et le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1898, t. XXIV, p. 596.

Cette communication, documentée par 160 opérations personnelles, dont la première date du 6 septembre 1889, a été provoquée par une communication similaire de mon collègue Quénu, basée sur 33 cas de sa pratique. Les avantages de l'opération m'occupent d'abord. Je discute ensuite quelques assertions de mon collègue et surtout ses opinions sur le manuel opératoire.

Dans son exposé, je relève, en effet, les trois particularités que voici : 1° proscription absolue « de toute hémostase préventive dans toute hystérectomie vaginale », et, par conséquent, jamais de pincement préalable des utérines ; 2° souci constant de « systématiser la pratique de l'énucléation » et d'en poursuivre toujours l'application « non par des excisions, mais par incision simple » du tissu utérin, si bien qu'à la fin d'un morcellement ainsi conduit « l'utérus s'amène au dehors hémisectionné au niveau du col. Il représente comme une sorte de boîte ouverte dont les parois sont vides des masses qui les occupaient; cet utérus est complet, il est sectionné, mais non morcelé » ; 3° critique de la pratique consistant à pincer les utérines de bas en haut, puis les utéro-ovariennes de haut en bas, sous le prétexte, qu' « un point de mauvais pincement existe fatalement à la rencontre des deux pinces ».

Or, il est difficile de trouver pratique plus différente de la mienne, et, qu'il me soit permis de le dire, c'est en me basant sur l'expérience qu'ont pu me donner quelques centaines d'hystérectomies vaginales que j'oppose à M. Quénu les trois ripostes suivantes : 1° tandis qu'il repousse toujours le pincement préalable des utérines, je le conseille, dans presque tous les cas; 2° à ses opinions sur la systématisation de

l'énucléation, et sur la possibilité d'amener toujours au dehors un utérus au complet, sectionné, mais non morcelé, j'oppose la dénégation la plus formelle, et je prétends que si cette pratique est possible et très naturelle dans les cas simples, elle est impossible dans les gros cas; 3° enfin, je nie absolument les inconvénients de ce qu'il nomme « le point de mauvais pincement » qui se produirait, d'après lui, quand on pince les utérines de bas en haut et les utéro-ovariennes de haut en bas.

Je termine par l'exposé de ma technique. Trois cas principaux peuvent se présenter :

Dans un premier groupe de faits, il s'agit de fibromes pelviens et, notamment, de fibromes du ligament large, qui refoulent l'utérus vers l'un des points de l'enceinte pelvienne, et bombent fortement dans le fond du vagin. C'est donc au fibrome qu'on doit s'attaquer tout d'abord, l'hystérectomie vient ensuite et n'est alors qu'un temps complémentaire fort simple. Dans un deuxième groupe, la masse néoplasique siège au-dessus de l'utérus qu'elle refoule vers le bas, et les rôles sont alors renversés; l'hystérectomie est préliminaire, c'est par elle qu'il faut commencer pour atteindre les fibromes. Dans un troisième groupe enfin, et celui-ci répond à la majorité des cas, le ou les fibromes sont intra-utérins, et, par conséquent, le morcellement de l'utérus doit marcher de pair avec l'hystérectomie; celle-ci est, en un mot, simultanée. Mais laissons de côté ces éventualités, dont les conséquences opératoires se comprennent aisément, et n'envisageons que les cas ordinaires, ceux dans lesquels on peut d'abord s'attaquer au col. Voici dans quel ordre j'ai coutume de faire succéder mes manœuvres.

Incision circulaire du vagin au bistouri avec deux débridements latéraux pour agrandir la brèche; libération du col sur ses deux faces avec ouverture du cul-de-sac postérieur, sans aucune tentative pour pénétrer dans le cul-de-sac antérieur qui, plus tard, s'ouvrira de lui-même sous les ciseaux; mise en place de deux pinces à mors courts sur les deux utérines; section de la base des ligaments larges; résection du col; fixation de la paroi utérine postérieure avec une forte pince; à l'aide de cette pince, traction sur le corps utérin qui s'abaisse aussitôt pour s'offrir aux manœuvres du morcellement.

Ce début opératoire est, on le voit, très différent de celui conseillé par M. Quénu, et je ne crois pas inutile de rappeler une fois de plus les raisons qui me le font préconiser. Bien entendu, je ne parle que des cas offrant quelques difficultés, car, je suis le premier à en convenir, lorsque l'utérus n'est pas trop gros et surtout lorsqu'il s'abaisse

facilement, tous les procédés sont bons et l'amputation préalable du col, après pincement des utérines et section de la base des ligaments larges, n'a rien d'indispensable. Mais je le répète, pour peu que l'utérus soit volumineux et difficilement abaissable, la manœuvre en question reprend tous ses droits et je m'explique mal qu'on les puisse contester. Elle présente, en effet, les quatre avantages suivants :

1° Sectionnant les ligaments utéro-sacrés, elle supprime d'emblée le premier et principal obstacle à l'abaissement; 2° elle assure dès le début de l'opération l'hémostase des tranches vaginales et la maintient si bien que, dans la grande majorité des cas, on n'a plus à s'en occuper; 3° exécutée comme il convient, elle fait un temps spécial et méthodique de la seule étape opératoire durant laquelle la blessure de l'uretère soit possible; 4° elle permet de débarrasser le champ opératoire d'une masse charnue vraiment gênante quand le col est gros, et de prendre une solide prise sur le corps de l'organe.

Une fois le col amputé, l'hémostase des utérines assurée et les uretères mis hors de portée, on s'amarre sur le corps de l'utérus et, sans plus faire aucune espèce d'hémostase préventive, on procède à son morcellement. Ce morcellement est la partie essentielle de l'opération et, sans doute, il serait commode de le soumettre à des règles précises autant qu'immuables. Mais, par malheur, la variété des cas ne le permet absolument pas, et, contrairement à M. Quénu, j'estime, qu'en pratique, toute systématisation serait ici parfaitement illusoire. On morcelle comme on peut, et point du tout comme on veut. Bref, il n'y a pas d'autre règle précise que d'obéir aux indications spéciales du cas particulier, et d'avoir bien en main tous les artifices opératoires, dont l'ensemble constitue la méthode du morcellement. Il faut donc les mettre en œuvre sans aucune idée préconçue, énucléer les petits fibromes, morceler les gros par évidement conoïde, découvrir les uns et les autres par des sections ou des résections appropriées du tissu utérin, et, peu à peu, l'utérus ou ce qu'il en reste vient en dehors, soit par bascule antérieure ou postérieure, soit même par bascule latérale, quand le bord supérieur de l'un des ligaments larges vient s'offrir à la vulve avant le fond même de l'organe.

Ces différents temps s'exécutent avec des pinces, des ciseaux, et les deux bistouris courbes de Péan. Toutefois, pour faciliter la prise et le morcellement des fibromes, j'ai fait construire un tire-bouchon et un gros bistouri courbe à double trauchant, dont je me permets de vous recommander très particulièrement l'emploi. Contrairement aux pinces,

le tire-bouchon ne dérape jamais ; il permet, en outre, l'évidement de très gros blocs fibreux, et vous ne sauriez croire l'économie de temps considérable qui en résulte.

Tous les détails qui précèdent sont, je le sais, schématiques ; mais ils suffiront, j'espère, à montrer quelle est, à mes yeux, la meilleure technique du morcellement, et dans quelle mesure elle diffère de celle que M. Quénu préconise. Je n'insisterai donc pas sur le dernier temps de l'opération, c'est-à-dire sur le pincement de haut en bas de l'étage supérieur des ligaments larges. Cette manœuvre est d'ailleurs on ne peut plus simple, et je n'ai jamais vu que le point de mauvais pincement dont parle M. Quénu eût un inconvénient quelconque. Quant au pansement il ne saurait m'arrêter davantage, et je ne vois pas très bien l'intérêt qu'il peut y avoir à doter d'une marque distinctive le tampon que M. Quénu appelle axial. Comme pièces de pansement je me sers habituellement de bandes de gaze étroites, que j'entasse en guise de tampon au fond du vagin ; et ma seule préoccupation c'est de les placer de telle façon qu'elles assurent le drainage, et qu'elles soutiennent bien les intestins en les protégeant de tout contact avec les pinces ou les pédicules qu'elles enserrent.

D. — L'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer de l'utérus.

1° — Communication sur l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer de l'utérus. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1891, t. XVII, p. 688.

Communication basée sur trente-trois observations personnelles et tendant à opposer les réels bienfaits de l'hystérectomie totale aux prétendus avantages des ablations partielles du col.

2° — Préface et observations (95 hystérectomies vaginales et 4 hystérectomies abdominales) de la thèse inaugurale de Bigeard sur « les hystérectomies totales vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus ». — *Th. de Doct.*, Paris, 1899.

Voici les extraits de cette préface montrant ma contribution personnelle à l'étude de cette question :

L'ouvrage à présenter n'est pas seulement consciencieux et fort bien pensé, il a de plus l'attrait d'un grand à-propos. C'est qu'en effet le courant qui, depuis peu, va grossissant en faveur de l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin est particulièrement rapide et, pour un peu, si l'on s'en tenait à certaines lectures, on pourrait croire que le progrès réalisé est, à ce point, colossal, que tout cancer utérin opéré par la voie haute, à temps et comme il convient, ou mieux comme il conviendrait, c'est-à-dire avec évidement lymphatique complet du pelvis, aurait, désormais, toutes les chances du monde de ne pas récidiver. Il y a donc bien là de quoi séduire les plus hésitants.

Toutefois, le contraste entre ce qui est et ce qu'on nous promet est si grand, qu'il est tout au moins prudent d'y regarder de très près avant de se laisser convaincre. Pour ma part, je n'y ai point manqué, et depuis que les chirurgiens américains ont remis l'opération de Freund en honneur, depuis surtout que je les ai vus moi-même à l'œuvre, je n'ai pas cessé de chercher dans ma pratique personnelle ou dans mes lectures les éléments d'une appréciation qui me parût justifiée. Ce travail de contrôle m'a conduit assez vite à la conclusion peu encourageante, mais, je crois, non contestable, que, pour le moment, la révolution thérapeutique en question se réduit à ce simple fait que l'hystérectomie abdominale peut et doit remplacer l'hystérectomie vaginale dans certains cas déterminés, sans que celle-ci, pratiquée à propos, cesse, pour cela, d'être une bonne opération et sans que le pronostic lamentable de nos interventions contre le cancer utérin soit, hélas! beaucoup modifié. En peu de mots, voici mes raisons.

Les quatre-vingt-quinze observations d'hystérectomie vaginale consignées à la fin de ce travail m'ont, une fois de plus, démontré que l'ablation des utérus cancéreux par le vagin comporte le jugement suivant : Lorsqu'on hystérectomise alors que le cancer s'est plus ou moins étendu soit au vagin, soit aux ligaments larges, le pronostic opératoire est déplorable et le résultat thérapeutique ne vaut pas mieux. La récidive est fatale et bien heureux doit-on se dire quand le bistouri n'active point l'évolution du mal ou ne crée pas une fistule urinaire, urétérale ou vésicale impossible à réparer. La mortalité opératoire est au contraire à peu près nulle quand on opère à la période de début, et, de plus, les résultats thérapeutiques, sans être brillants, ont cependant une certaine valeur. Les malades qu'il m'a été possible d'opérer dans ces conditions en témoignent. Trois d'entre elles n'ont récidivé que de la troisième à la septième année; j'en observe neuf autres qui sont encore indemnes

de toute récidive apparente. Cinq sont opérées depuis plus de deux ans ; deux, depuis près de cinq ans ; et deux, depuis près de neuf ans. Pour un total de cinquante-cinq opérées, c'est à la vérité peu, mais c'est tout de même quelque chose quand on songe que, de par leur maladie, ces quatre-vingt-quinze femmes étaient toutes condamnées à mort.

Il ne me semble donc pas douteux que les états de service actuels de l'hystérectomia vaginale dans le traitement du cancer utérin, pour médiocres qu'ils soient, n'en suffisent pas moins à la garantir de l'ostracisme dont elle est, paraît-il, menacée. Quand elle est bien indiquée, et je tiens à le répéter, elle ne peut l'être que pour les cancers bien limités à l'utérus, sans aucun envahissement cliniquement appréciable des ligaments larges ou du vagin, c'est, en somme, une opération simple et bénigne qui donne, par exception, des survies assez longues pour faire tout au moins croire à la guérison vraie et qui, dans nombre de cas, mérite d'être considérée comme la meilleure des opérations palliatives puisque, pour un temps souvent assez long, elle donne aux malades la parfaite illusion de la guérison.

Faudrait-il donc renoncer à ce mode d'ablation pour lui préférer l'hystérectomie abdominale toujours et quand même? Je ne le crois pas et, si mes cinq observations personnelles de cancers utérins traités par laparotomie sont, à coup sûr, insuffisantes pour légitimer ce doute, je n'en demeure pas moins convaincu, de par ce que j'ai vu ou lu, qu'il répond à la vérité. Que disent en effet les gynécologistes décidés à enlever tous les utérus cancéreux par le ventre sans plus jamais recourir à l'hystérectomie vaginale ? Leurs arguments sont au nombre de trois. Ils observent d'abord que les perfectionnements actuels de l'hystérectomie abdominale en ont fait une opération dont la gravité n'est pas beaucoup plus grande que celle de l'hystérectomie vaginale : j'en sais même qui ne craignent pas d'affirmer qu'elle est plus bénigne. — Ils font en outre valoir cet argument très séduisant que la laparotomie permet seule de faire une toilette lymphatique complète du petit bassin et d'enlever, avec l'utérus, tous les ganglions infectés. — Prenant enfin leurs espérances pour des réalités, ils déclarent, d'ores et déjà, que l'opération, pratiquée dans ces conditions, augmente dans une proportion des plus notables les chances de guérison définitive.

Or, à mon sens, l'analyse des faits jusqu'ici publiés aussi bien que nos connaissances sur l'anatomie des lymphatiques pelviens permet d'affirmer que, pour l'instant, cette argumentation reste presque tout

entière d'ordre purement théorique. — En effet, s'il est vrai qu'une hystérectomie abdominale terminée sans difficulté particulière peut être, aujourd'hui, considérée comme presque aussi bénigne qu'une hystérectomie vaginale, j'imagine qu'il serait au moins osé d'en dire autant d'une hystérectomie abdominale complétée par l'éradication complète de tous les lymphatiques pelviens. Et cependant, qu'on ne l'oublie pas, cette toilette pelvienne, facilitée ou non par des ligatures comme celles des hypogastriques, est la condition *sine quâ non* de toute ablation dite radicale. Il en résulte que l'assertion première des laparotomistes exclusifs est sûrement erronée. L'opération faite comme elle doit l'être pour remplir le programme annoncé est plus grave que l'hystérectomie vaginale.

Peu importe, du reste, et cette gravité serait tout à fait négligeable si nous avions, en compensation, la réelle possibilité d'enlever, avec l'utérus cancéreux, tous les ganglions compromis, aussi bien qu'on peut le faire, par exemple, dans une ablation de sein avec toilette axillaire. Mais c'est précisément là que l'hystérectomie abdominale manque à toutes ses promesses. Car le fait est trop clair et plus que démontré pour les anatomistes : quels que soient les perfectionnements du manuel, si minutieuse que soit la recherche des ganglions suspects, il n'est pas un opérateur qui les puisse enlever tous et justifier ainsi par la perfection du résultat la gravité certaine de son intervention. Et voilà pourquoi la deuxième raison invoquée à l'actif de l'hystérectomie abdominale n'est pas autre chose qu'une vue théorique. Quant aux allégations concernant la supériorité des résultats thérapeutiques, elles attendent, toutes, leurs confirmations.

Nous voilà donc assez loin des merveilles promises et la vérité d'aujourd'hui, c'est que dans le traitement du cancer utérin envisagé d'une manière générale, l'hystérectomie abdominale ne donne encore que des résultats bien voisins de ceux de l'hystérectomie vaginale. — Très meurtrière et parfaitement impuissante quand elle s'adresse à des cancers avancés, elle ne présente, tout comme l'hystérectomie vaginale, des avantages réels de sécurité et d'efficacité que pour les cancers pris à leur période de début, alors qu'ils sont encore cantonnés à l'utérus lui-même, sans aucune trace appréciable de propagation. Est-ce à dire que les cancéreuses utérines n'aient pas à bénéficier des perfectionnements techniques actuels de l'hystérectomie abdominale? En aucune manière et, comme je le disais au début, pour n'avoir point les proportions étonnantes dont parlent certains gynécologistes, le progrès

n'existe pas moins et le voici : c'est que dans certains cas déterminés, l'hystérectomie abdominale doit être préférée à l'hystérectomie vaginale. — A celle-ci, reviennent tous les cancers du col et les cancers du corps assez petits pour être enlevés sans risque de contamination péritonéale. C'est à l'hystérectomie abdominale qu'il faut au contraire recourir pour tous les cancers du corps compliqués de ramollissement du col ou trop gros pour passer par le vagin sans morcellement de quelque importance.

3° — **Considérations sur l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1899, t. XXV, p. 766 et 793.

Cette communication n'est que la reproduction des idées émises dans la préface de la thèse de Bigeard. Toutefois, les objections survenues au cours de la discussion me conduisent à mieux spécifier quelques particularités concernant les avantages de la voie vaginale et les limites très étroites au delà desquelles on doit renoncer à toute opération curative. Ce qui démontre, ai-je dit, que mes préférences pour la voie vaginale ne viennent pas du tout de ce qu'elle serait pour moi la voie des ablations larges, c'est que j'ai particulièrement insisté sur la nécessité de ne jamais tenter l'hystérectomie vaginale que pour les cancers limités au col, sans aucun envahissement cliniquement appréciable des ligaments larges ou du vagin. J'ai du reste ajouté que l'hystérectomie abdominale n'était, de son côté, défendable que dans les mêmes conditions de limite cancéreuse et j'espère m'être ici très clairement exprimé.

M. le Professeur Terrier, en effet, a bien voulu symboliser mon opinion en déclarant qu'il n'acceptait pas « cette sorte de muraille de Chine dans laquelle » je veux « enfermer l'opération de l'hystérectomie vaginale et abdominale »; et je ne puis que l'en remercier. Si cette comparaison traduit très heureusement l'impression produite à M. le Professeur Terrier par mes déclarations, elle exprime non moins fidèlement ce que je pense, à savoir que l'hystérectomie vaginale est une opération désastreuse quand on la pratique pour des cancers qui ne sont plus exactement limités au col. Et, je dois ajouter que le fait cité par M. le Professeur Terrier ne me donne pas la tentation de changer d'avis. L'hystérectomisée dont il nous parle, « qui mourante d'hémorrhagies fut opérée, malgré un notable envahissement du vagin », a eu pour bénéfice

la suppression de ses pertes de sang, « et cependant la lésion a récidivé bien vite, puisqu'il y a eu fistule recto-vaginale ». Je possède, moi aussi, quelques observations à peu près semblables, mais je les trouve peu encourageantes. D'autant moins encourageantes que, dans les cas de ce genre, les opérations palliatives peuvent agir assez efficacement contre les douleurs et les pertes sanguines, sans exposer soit à des fistulations déplorables, soit à la mort opératoire.

J'en reste donc à ma « muraille de Chine »; je la crois vraiment tutélaire et, je demeure convaincu « qu'en présence d'un cancer qui n'est plus cantonné dans l'utérus lui-même, le plus sage est, pour l'instant, de recourir au traitement palliatif et de renoncer à toute tentative de cure radicale. Ceci soit dit aussi bien pour l'hystérectomie abdominale que pour la vaginale.

E. — L'hystérectomie vaginale. (Quelques détails sur sa technique et ses complications.)

1° — Appréciation sur la prétendue individualité des procédés de section totale antéro-postérieure ou d'hémisection dans l'hystérectomie vaginale. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 309.

Il s'agit d'une réponse à cette assertion de M. Quénu, que les procédés de section totale antéro-postérieure et d'hémisection « ont leur individualité très nette, et qu'il est illicite de les noyer dans la méthode de morcellement, c'est-à-dire dans la méthode de Péan ». Mon opinion est tout à fait différente et voici mes raisons :

Quand M. Quénu me riposte que le morcellement a pour but de diminuer le volume de l'organe, tandis que la section antéro-postérieure facilite son abaissement, je ne vois pas du tout où gît la différence. Morcellement ne veut pas dire enlever par morceaux. Dans le cas particulier de l'hystérectomie, le morcellement tel qu'il a été conçu par Péan veut dire à la fois : diminuer le volume de l'organe par des sections, des résections ou des évidements appropriés, modifier sa forme et détruire ou tourner les obstacles qui s'opposent à sa descente. Or, je ne vois pas que dans le procédé de Müller-Quénu ou dans le procédé de Doyen on agisse autrement.

A la vérité, l'hémisection antérieure ou la section totale antéro-

postérieure, lorsqu'on les exécute seules, ne diminuent pas le volume de l'organe, mais elles modifient profondément sa forme ; elles lui permettent de s'ouvrir ; elles suppriment ainsi l'action des liens qui retiennent ses parties basses et rendent possible l'abaissement de son corps. En un mot, dès qu'on sectionne l'utérus dans un sens ou dans l'autre pour l'abaisser, peu importe à mon sens qu'on le coupe, en long en large ou en travers. Par cela seul qu'on le coupe, on suit une méthode absolument différente de l'ancienne hystérectomie en bloc et cette méthode, c'est le morcellement, c'est l'opération de Péan. Il est simplement juste de le reconnaître et je m'étonne que ce point d'histoire chirurgicale puisse encore prêter à discussion.

2° — Note sur la valeur de l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur considérée comme incision exploratrice. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1892, t. XVIII, 58, 61, 66.

Cette note relate trois observations sur lesquelles je me suis basé pour combattre un des deux gros arguments qu'on ait opposés à l'hystérectomie vaginale : à savoir qu'il est impossible de s'arrêter en route quand on a commencé l'opération. Pareille assertion n'a vraiment pas raison d'être. A cet égard, Dartigues, en étudiant la *Symptomatologie des tumeurs solides de l'ovaire* (*Revue de Gyn. et de Chir. abd.*, Paris, 1899, p. 793), cite une mienne observation très probante.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans opérée, le 12 septembre 1895, au couvent des Augustines de la rue de la Santé. L'indication de l'intervention était basée sur l'existence d'une tumeur dure, grosse comme une mandarine, située dans la région annexielle gauche. Depuis plusieurs mois, chaque période menstruelle éveillait, à ce niveau, des souffrances vraiment excessives et, par conséquent, la nécessité d'enlever la tumeur était évidente; mais quelle était cette tumeur et par où convenait-il de l'enlever? Sa consistance m'avait fait croire à un fibrome plutôt qu'à un kyste surdistendu. Quant à son siège, l'examen le plus minutieux m'avait laissé fort indécis, et dans ma pensée, il y avait autant de chances pour l'hypothèse d'une tumeur utérine que pour celle d'une tumeur annexielle. Dans ces conditions de doute et d'unilatéralité, les chirurgiens peu confiants dans les ressources diagnostiques des interventions vaginales n'auraient pas hésité à passer par le ventre, sans se soucier autrement de l'impression que la perspective d'une tare cicatricielle, avec ceinture à perpétuité, pouvait produire,

et produisait du reste très vivement, à cette femme jeune, fort bien faite et récemment mariée. Or, c'est précisément, c'est même uniquement pour lui conserver l'intégrité de sa paroi abdominale que j'ai opté pour l'intervention vaginale, bien sûr d'avance que, par cette voie, j'aurais toutes les facilités voulues pour préciser le diagnostic et proportionner le dommage chirurgical à l'étendue des lésions. Je n'ai eu qu'à me louer de cette décision. Le fibrome était ovarien; je l'ai morcellé par cœliotomie postérieure; une pince a suffi pour assurer l'hémostase du pédicule et la jeune femme a rapidement guéri. J'ajoute que depuis elle a eu deux grossesses normales.

3° — Note sur les avantages de la section du pied des ligaments larges et de l'amputation du col considérées comme premier temps de l'hystérectomie vaginale. — *Cong. intern. périod. de Gyn. et d'Obst.* (deuxième session), Bruxelles, 1896, t. I, p. 284.

Ce temps opératoire préliminaire offre trois avantages principaux :

I. Sectionnant les ligaments utéro-sacrés, il supprime d'emblée le premier et principal obstacle à l'abaissement.

II. Exécutée comme il convient, il fait un temps spécial et méthodique de la seule étape opératoire durant laquelle la blessure de l'uretère est possible. Rien de plus simple, par conséquent, que de prendre les mesures voulues pour éviter cet accident, lequel est impossible durant les phases ultérieures de l'intervention.

III. Il permet de débarrasser le champ opératoire d'une portion de tissu, fort gênante quand le col est gros, et de prendre solide prise sur le corps de l'organe.

Une fois le col libéré, l'hémostase des utérines assurée, les uretères mis hors de portée et le col amputé, quand il gêne, on s'amarre sur le corps même de l'utérus, et, par la mise en œuvre de l'un ou de plusieurs des artifices opératoires dont l'ensemble constitue la méthode, on achève l'ablation de l'utérus et l'énucléation des annexes.

4° — Inconvénients des pinces à mors divergents portant griffes sur leur face externe, conseillées comme moyens de traction dans l'hystérectomie vaginale. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 516.

Pour peu que le tissu soit friable, il est clair qu'avec des griffes ainsi

plantées de dedans en dehors, on s'expose à déchirer la matrice et à blesser les organes voisins.

5° — Indications particulières de l'hystérectomie vaginale et manuel opératoire à suivre en cas de prolapsus utérin. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX., p. 40.

Ces indications particulières sont analysées dans la leçon précédemment citée. Après les avoir rappelées, j'insiste sur ce fait, que pour être assez rares, elles n'en sont pas moins formulées dans les conditions ainsi précisées. Je cite ensuite quelques observations personnelles qui montrent que le traitement du prolapsus par l'hystérectomie, qu'il soit ou non nécessaire d'en compléter les bienfaits par une restauration périnéale ou vaginale, donne des guérisons durables et très satisfaisantes. Abordant enfin l'étude du manuel opératoire, je proteste contre l'opinion de M. Quénu sur les inconvénients « déplorables » des pinces à demeure et je discute les avantages de la sangle idéale, caractéristique du procédé qu'il préconise en pareil cas. La sangle cicatricielle qui se forme au fond du vagin après une hystérectomie réalise, en effet, les conditions requises, aussi bien et même probablement mieux qu'une sangle formée par la suture des ligaments larges dont toutes les parties doivent retrouver d'autant plus sûrement leur souplesse et leur tendance à l'élongation que leur réunion *per primum* aura été plus idéale.

6° — Difficultés particulières de l'hystérectomie vaginale en cas d'absence du col par amputation antérieure. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 514 et 516.

Ces difficultés, que j'ai rencontrées sur plusieurs de mes opérées, reconnaissent deux causes principales : la prise utérine est défectueuse dès le début de l'opération et l'incision du cul-de-sac vaginal antérieur expose particulièrement à la blessure de la vessie et des uretères. La conduite la plus sûre est donc de s'attaquer d'abord au cul-de-sac de Douglas, de saisir l'utérus par sa face postérieure et de réserver pour la fin la libération des adhérences antérieures. Voici du reste comment je procède :

La fixation de l'utérus à son maximum d'abaissement étant réalisée par une pince dite tire-balle plantée dans la commissure droite du col

et tenue de la main gauche, je fais dans les deux culs-de-sacs latéraux deux incisions transversales qui tombent de chaque côté sur les deux incisions circulaires du moignon représentant maintenant le col utérin. En avant, j'incise seulement la muqueuse, très prudemment et très près de l'orifice utérin, puis, avec toutes les précautions possibles en m'aidant de l'ongle et des ciseaux, j'amorce la libération de la face utérine antérieure, sans la pousser trop loin et surtout sans chercher à ouvrir le péritoine. En arrière la demi-circonférence postérieure de l'incision circulaire est tracée plus franchement, et, le plus vite possible, j'effondre le cul-de-sac postérieur.

Rien de plus simple alors que de s'amarrer sur la face postérieure de l'utérus, d'en pratiquer l'hémisection et de faire basculer l'organe par le cul-de-sac de Douglas. Le fond de l'utérus étant basculé, je place mes pinces de haut en bas sur les ligaments larges, je les sectionne et c'est à la fin de l'opération seulement que j'achève la libération antérieure de l'organe. Il est facile de comprendre qu'en procédant ainsi les difficultés particulières de l'opération sont tournées pour le mieux. Très vite on a prise solide sur l'utérus et le temps dangereux de l'opération s'exécute avec toute la sécurité désirable.

7° — **Suites éloignées de l'hystéropexie. Cas montrant les difficultés qu'on peut rencontrer dans l'ablation par voie vaginale d'un utérus antérieurement hystéropexié.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, Paris, 1899, t. I, p. 49.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans, hystérectomisée, par voie vaginale, le 20 mars 1896. Treize mois avant, le 14 février 1895, elle avait été laparotomisée. Questionnée sur la nature de cette opération antérieure, elle nous répondit qu'elle avait simplement subi l'ablation des annexes droites. Le résultat thérapeutique de cette intervention avait été nul; peu après sa convalescence opératoire, les douleurs pelviennes reparurent, aussi vives qu'avant l'intervention, et c'est devant leur persistance et leur aggravation qu'elle s'était décidée à se confier, une fois encore, à la chirurgie. Les résultats de mon examen me semblèrent, du reste, en parfait accord avec son dire. L'indication d'achever ce qui avait été commencé me parut donc fort nette, et, je pratiquai l'hystérectomie vaginale.

Tout se passa bien d'abord, si ce n'est qu'après section du pied des ligaments larges, je fus étonné de la résistance que l'utérus opposait à

mes tractions. Après résection du col, je ne tentai pas moins de procéder à la bascule du corps utérin par hémisection antérieure; et c'est ici que l'hystéropexie antérieure me réservait, comme double surprise, d'une part, l'impossibilité de mobiliser l'organe, malgré son hémisection; d'autre part, la découverte au devant du corps utérin d'une sorte de cul-de-sac transversal, haut situé, contre lequel mon index venait buter. Si bien qu'un instant j'eus la sensation que mon doigt était dans la vessie. Inutile d'ajouter que cette crainte fut de courte durée. C'étaient les adhérences résultant do l'ancienne hystéropexie qui s'opposaient à la descente de l'utérus et qui formaient le cul-de-sac en question. Cette disposition une fois reconnue, il me fut d'ailleurs facile de me comporter en conséquence et de mener à bien l'opération. Guérison parfaite s'en est suivie.

8° — **Considérations sur les fistules urétéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 273, 303, 306 et 307.

Dans cette communication longue et très étendue, j'insiste sur l'extrême rareté de ces fistules, sur leur plus grande fréquence à droite et sur les ressources que nous offre la voie vaginale pour les opérer. Rappelant ensuite les connexions anatomiques de l'uretère pour bien montrer qu'en abaissant l'utérus, sans libération probable du col, on attire fatalement à soi la courbe de l'uretère, je me base sur ce fait, pour démontrer que la libération du col après section du pied des ligaments larges, pratiquée comme premier temps de toute hystérectomie vaginale est le moyen par excellence d'éviter sûrement la blessure des uretères. Ces considérations se retrouvent dans le travail qui suit.

9° — **Considérations sur la technique, les difficultés et les dangers de l'hystérectomie vaginale en cas de fibromes et de suppurations pelviennes.** — *Transactions of the American Gynecological Society*, Philadelphie, 1890, vol. 21, p. 120 et 133; et *Progrès médical*, Paris, 1897, 3e série, t. V, p. 97.

Après avoir résumé les règles à suivre dans la pratique de l'hystérectomie vaginale, je m'efforce d'établir que les hémorrhagies et les blessures viscérales sont, contrairement à ce qu'on pensait alors aux États-Unis, des complications faciles à éviter, lorsqu'on manœuvre

comme il convient, et qu'elles doivent être, par conséquent, considérées comme des complications beaucoup trop rares pour nuire à l'opération. Les blessures de la *vessie* sont possibles, soit au début même de l'intervention, soit au cours des manœuvres consécutives. Au début, c'est en incisant le vagin pour libérer la lèvre utérine antérieure, qu'on risque d'intéresser la vessie. Plus tard, le danger provient surtout soit d'une forcipressure défectueuse, soit de l'emploi maladroit ou trop brutal des valves destinées à la protection de la vessie. Il me paraît donc assez facile de réduire au minimum la fréquence de la complication en question. Au début, la plus légère attention suffit. En mobilisant un peu le col, on reconnaît aisément le point où doit porter l'incision vaginale, sans qu'il soit jamais besoin de recourir au cathétérisme pour se reconnaître. Le décollement se fait ensuite soit à l'aide de l'ongle du pouce, soit avec un instrument mousse, dans les meilleures conditions possibles de sécurité. L'important, c'est de faire ce décollement bien au ras du tissu utérin, que l'on rugine pour ainsi dire, et surtout de le faire très largement sur les parties latérales. Grâce à cette dernière précaution, rien n'est plus simple que de placer les deux premières pinces sur les artères utérines, tout contre le col, avec la certitude d'éviter la vessie. Quant au cul-de-sac péritonéal, je ne m'attarde pas à le rechercher dans ce premier temps. Son ouverture doit se faire au temps suivant, quand le col est entièrement libéré et qu'on s'attaque au corps même de l'organe. C'est la seule manière de se réserver la possibilité de faire des hystérectomies extra-péritonéales, dans les cas de pelvipéritonites à larges adhérences.

Plus tard, la vessie n'est réellement en danger que par la manœuvre des écarteurs introduits entre le corps utérin et la vessie, dans le but de protéger cette dernière. Le remède est donc bien simple; il faut se garder de fourgonner à l'aveugle et se contenter de récliner doucement les parties molles au devant de l'utérus, de les ratisser, dirais-je volontiers, à l'aide d'un écarteur à valve courte. De la sorte, on n'a pas seulement l'avantage de n'exposer ni la vessie, ni l'uretère, mais encore on ne rétrécit pas son champ d'action et on a plus de place. En procédant comme je viens de le dire, je n'ai, pour ma part, blessé la vessie que dix fois tout au plus. Aussi bien suis-je en droit de dire cette complication rare. Dans les cas dont je vous parle, je n'ai jamais reconnu la blessure vésicale qu'à la chute des escarres; j'ai donc guéri mes malades par une intervention secondaire. Une seule fois, j'ai reconnu la blessure au cours de l'intervention et j'ai pu la fermer séance

tenante. Quant à la guérison spontanée, je ne l'ai jamais observée.

La blessure de l'*uretère* est bien autrement grave que la précédente; mais par bonheur, lorsqu'on procède comme il convient, j'estime qu'on peut la considérer comme tout à fait exceptionnelle. Pour ma part, sur un total de 600 hystérectomies, je n'ai blessé l'uretère que deux fois. Dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris* de l'an dernier, j'ai donné les détails voulus sur les précautions à prendre pour éviter cette complication et, sans doute, vous en avez pris connaissance. Permettez-moi cependant de vous les résumer en peu de mots. La blessure de l'*uretère*, dont on ne fait jamais le diagnostic qu'à la chute des escarres, peut se produire de deux façons différentes. Tantôt, elle se fait au cours du morcellement du corps utérin, et, comme pour la vessie, ce sont les écarteurs mal placés ou trop brutalement manœuvrés qui sont coupables. Nous pouvons donc négliger ce premier mécanisme, puisque, je vous l'ai dit, nous avons tout avantage à ne pas introduire profondément nos écarteurs à ce moment de l'opération. Tantôt, et c'est la règle, elle se produit au début de l'opération, alors qu'on place les deux premières pinces sur les utérines. Aussi bien, quelques opérateurs ont-ils pensé qu'il serait tutélaire pour l'uretère de faire l'opération de Péan sans pincement préalable des utérines, et par conséquent sans amputation du col. Je suis, pour ma part, d'un avis absolument opposé.

Le pincement préalable des utérines donne une grande sécurité, sans que les deux pinces ici nécessaires soient le moins du monde encombrantes. Quant à l'amputation du col, elle nous fait de la place et nous permet une amarre solide sur le corps même de l'organe. Enfin, et j'insiste beaucoup sur ce point, la *complète libération préalable du col* est le plus sûr moyen d'éviter la blessure de l'uretère. Si l'uretère conservait toujours, vis-à-vis du col, les distances que lui assignent l'anatomie normale, il serait pour ainsi dire impossible de le blesser quel que soit le procédé employé. Mais en pratique, il faut oublier cette distance et faire comme si l'uretère était directement accolé contre l'utérus, ce qui est du reste bien souvent la règle en cas de fibromes. En outre, il faut se souvenir que, tant que le col n'est pas libéré, l'uretère le suit dans ses mouvements de descente. Dans ces conditions, n'est-il pas évident que pour protéger sûrement l'uretère, notre plus sûre précaution soit de le chasser, dès le début, de notre champ d'action. A mon avis, cette question ne fait pas l'ombre d'un doute et, par conséquent, voici le conseil opératoire très formel que je donne : com-

mencer toujours par la libération et l'amputation du col, après pincement des utérines; placer ses pinces bien au ras du tissu utérin, et surtout, ne procéder à ce pincement, qu'après avoir décollé les parties molles pré-utérines largement et très soigneusement, *surtout sur les parties latérales.* Cela fait, on peut continuer l'opération en toute sécurité; les uretères, refoulés au loin, n'ont plus aucune connexion utérine et leur blessure est désormais impossible.

J'en arrive aux *blessures intestinales* et aux *hémorrhagies.*

Lorsqu'il n'y a pas de pelvi-péritonite dans le cul-de-sac de Douglas, il me paraît impossible de blesser le *rectum.* Dans les conditions inverses, il convient d'être plus prudent. Une fois, par exemple, dans un cas de pelvi-péritonite très grave, il m'est arrivé d'entrer d'emblée dans le rectum, en incisant le cul-de-sac postérieur, mais c'est le seul accident de cette nature qui soit à mon passif. D'habitude, et toujours en cas de pelvi-péritonite, c'est dans les derniers temps du décollement postérieur qu'on intéresse l'intestin : tantôt avec les doigts, tantôt avec la valve d'un écarteur. D'autant qu'en pareilles circonstances, les parois rectales sont souvent très amincies, à moins qu'elles ne soient déjà perforées par le pus. Les règles à suivre pour ne pas perforer le rectum, ou bien encore pour ne pas augmenter une solution de continuité pré-existante, se résument donc à ceci : décoller au doigt, très prudemment, et réduire au minimum l'emploi des écarteurs. Rien n'est plus simple. Lorsque le col est amputé, on place une forte pince à abaissement sur la paroi utérine postérieure, et c'est elle qui sert désormais à déprimer la fourchette, sans qu'il soit nécessaire de placer une valve à ce niveau. De la sorte, je puis vous l'affirmer, la blessure du rectum devient rare et, de plus, vous savez qu'elle est sans gravité. Pour ma part, j'en ai observé un certain nombre, et toutes, sans exception, ont guéri spontanément sans la moindre intervention secondaire.

A côté des blessures du *rectum,* je dois vous parler des autres blessures *intestinales.* Ici *l'entérocèle adhésive* est parfois un danger et, par conséquent, nous devons surveiller beaucoup nos manœuvres de décollement postérieur. Mais le vrai péril ne se présente que plus tard, alors que l'utérus étant enlevé, on procède à l'ablation des annexes. Or, ici, je ne puis que vous rappeler l'une des règles les plus formelles de l'opération de Péan : ne rien laisser à l'imprévu, ne faire que ce que l'on voit, et ne se fier qu'à des sensations digitales fort nettes. Dans ce temps de l'opération, il arrive, sans doute, qu'on pratique certains décollements en se fiant seulement à la netteté des

plans de clivage que l'index rencontre, la manœuvre ressemble singulièrement à celles qui permettent la libération digitale des annexes dans l'opération type de Lawson-Tait, c'est-à-dire dans une laparotomie à incision étroite, et, dans les deux cas, on agit vraiment en toute sécurité. Mais pour peu qu'on rencontre des difficultés, il ne faut plus agir que sous le contrôle de ses yeux.

S'il est impossible de réaliser ce programme, il est indispensable de s'arrêter et de se contenter d'une opération incomplète, sous peine de s'exposer à des accidents. J'en ai fait moi-même l'expérience dans quatre cas de suppurations graves. Trois fois, j'ai produit des déchirures intestinales, qui, pour avoir guéri spontanément ensuite, n'étaient pas moins fort regrettables, et, une fois, en m'acharnant à mobiliser à l'aveugle des annexes trop adhérentes, j'ai réséqué plusieurs centimètres d'intestin grêle. Mais, je tiens à le souligner très nettement, le seul coupable ici, c'était moi, et la méthode ne saurait en souffrir.

Du reste, les cas dans lesquels on ne peut pas surveiller ses manœuvres, les cas dans lesquels on doit s'en tenir à des interventions incomplètes sont l'exception, et, pour ma part, je ne compte plus les cas dans lesquels j'ai, sous les yeux mêmes de mes assistants, libéré des adhérences intestinales, épiploïques ou appendiculaires et réalisé l'ablation des annexes les plus adhérentes. Aussi bien, suis-je arrivé à cette conviction que tout ce qui est énucléable par le ventre l'est aussi par le vagin et que ce qu'il est impossible d'enlever par le vagin ne peut l'être, par le ventre, qu'au prix d'interventions très laborieuses.

Les *hémorrhagies* de l'hystérectomie peuvent s'observer tardivement. J'en ai observé quelques cas, sans gravité du reste, au huitième, dixième ou douzième jour et c'est pourquoi je ne comprends guère qu'on puisse permettre aux opérées de se lever, ou même de se remuer beaucoup dans leur lit avant le quinzième jour. Les *hémorrhagies* susceptibles de se produire à l'ablation des pinces, c'est-à-dire au bout de quarante-huit heures, sont plus inquiétantes. Elles sont heureusement fort rares. Quant aux *hémorrhagies* opératoires proprement dites, je sais qu'il y en a eu de terribles, mais, pour ma part, je n'ai jamais eu à déplorer ces accidents et j'affirme qu'avec un manuel opératoire convenable, on peut toujours les éviter.

Les deux premières pinces paralysent les utérines et, dès qu'elles sont placées, les tranches vaginales, qui donnent parfois beaucoup de sang au début de l'opération, cessent absolument de saigner. Aussi est-il parfaitement inutile de s'attarder à une hémostase quelconque

avant la mise en place des deux pinces en question. Celles-ci, une fois posées, on n'a plus à compter avec le sang avant la fin de l'opération, et, sous l'influence des tractions que l'opérateur doit tout le temps soutenir, l'utérus fait lui-même son hémostase, en agissant à la manière d'un coin sur les parois de la filière qu'il traverse.

Par contre, lorsque vient la fin du morcellement, il faut être très attentif. D'habitude, le corps utérin basculant en avant, on place ses pinces de haut en bas, sur les ligaments larges; mais peu importe ici le sens du pincement ou le nombre des pinces. L'indispensable, c'est de bien pincer tout ce qui saigne en s'aidant des longs écarteurs de Péan pour y bien voir et en attirant à soi, par des tractions appropriées, les parties cruentées.

Telles sont les généralités que je désirais vous soumettre, et, si incomplètes qu'elles puissent être, j'espère qu'en les ajoutant au souvenir de quelques cas difficiles que vous m'avez fait l'honneur de me confier et que vous m'avez vu opérer, vous saisirez bien le pourquoi de mes convictions sur la valeur de l'opération de Péan et sur la sécurité de sa technique. Puissé-je vous en avoir convaincus. Tout ce qu'on a dit sur l'encombrement par les pinces, sur l'impossibilité d'y voir, sur la fréquence des complications opératoires, n'est pas exact. Sans doute, l'hystérectomie a, tout comme la laparotomie, ses écueils, ses dangers, ses imperfections, ses difficultés ou même ses impossibilités, mais, croyez-le bien, elle n'en demeure pas moins une opération merveilleuse, indispensable à généraliser aussi bien pour les fibromes ne dépassant pas l'ombilic que pour les ablations annexielles bilatérales quand elles sont très nettement indiquées.

10° — **Note sur la parésie intestinale consécutive aux opérations abdominales et notamment à l'hystérectomie vaginale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 806.

Note tendant à montrer combien sont nombreux les cas dans lesquels tous les symptômes qui font redouter la septicémie péritonéale sont dominés par la parésie intestinale. A tel point qu'en maintes circonstances; il suffit d'obtenir la première évacuation pour que la conviction d'une guérison prochaine succède aussitôt à des craintes souvent très vives

11° — Notes et observations sur la valeur de l'anus contre nature dans le traitement des occlusions intestinales consécutives à l'hystérectomie vaginale. (Communiquées à mon si regretté interne et ami Giresse, ces notes et observations ont documenté sa thèse inaugurale intitulée : *Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires consécutives à l'hystérectomie vaginale.*) — *Th. de Doct.*, Paris 1896.

Voici les conclusions de ce travail :

I. Après l'hystérectomie vaginale on peut voir se développer l'ensemble symptomatique de l'occlusion intestinale; cette occlusion, due souvent à la péritonite, peut aussi être le résultat d'un obstacle mécanique interrompant le calibre de l'intestin.

II. Même dans les occlusions par obstacle mécanique, la péritonite circonscrite du petit bassin joue, le plus souvent, un rôle important dans leur production.

III. Le diagnostic de ces occlusions, s'il n'est pas impossible, est toujours extrêmement difficile, basé seulement sur des nuances, d'autant plus que, souvent, occlusion et péritonite sont associées.

IV. Le pronostic a une gravité exceptionnelle.

V. Pour le traitement, l'anus contre nature, opération bénigne, nous paraît préférable à la laparotomie qui expose les malades à un shock trop considérable. Dans un cas, comme dans l'autre, pour être efficace, l'intervention doit être précoce.

L'une des observations publiées par Giresse (obs. XXII, p. 102) mérite à tous égards d'être mentionnée. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans, hystérectomisée le 25 janvier 1894. Des symptômes d'occlusion intestinale, survenus aussitôt après l'opération, sont combattus par un anus contre nature pratiqué le 31 janvier. Guérison s'en est suivie et le 3 mai l'anus s'était fermé de lui-même.

12° — Le décubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale. — *Rev. de Gyn. et de Chir. abdom.*, Paris, 1897, t. I, p. 59.

Cette complication est connue, et, pour ne citer qu'un exemple, je rappellerai qu'on la trouve notée trois fois dans une statistique de trente-six hystérectomies vaginales pour cancer, publiée en 1892, par

Terrier et Hartmann [1]. Mais, jusqu'à Baudron [2], qui, dans sa *thèse* inaugurale, l'a décrite et nettement classée parmi les complications de l'hystérectomie, elle n'a jamais été l'objet d'une étude particulière. Aussi bien suis-je quelque peu surpris que Legueu [3], dans son intéressante communication du Congrès de Bordeaux, ait passé ce détail bibliographique sous complet silence. En tout cas, le dossier actuel du décubitus acutus, consécutif à l'hystérectomie vaginale, se réduit à ces deux travaux, et c'est pourquoi j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'en reprendre l'étude, pour tâcher de mieux préciser sa *fréquence*, ses *caractères cliniques*, son *pronostic* et sa *pathogénie*.

Sur un total actuel de 542 hystérectomies vaginales, pour suppurations pelviennes, fibromes, cancers ou tumeurs annexielles, je n'ai observé le décubitus acutus que *six fois*. Cette complication de l'hystérectomie vaginale peut donc être considérée comme *très rare*. Et c'est précisément pour cela qu'il est délicat de déterminer les conditions particulières susceptibles de favoriser la production.

J'analyse néanmoins les enseignements fournis par l'analyse de ces six observations et voici les conclusions auxquelles je suis conduit :

Le décubitus acutus consécutif à l'hystérectomie vaginale est une complication très rare, mais possible et utile à connaître. Cliniquement, cette complication est exactement comparable au décubitus acutus d'origine spinale. C'est un trouble trophique remarquable, lui aussi, par sa précocité d'apparition et sa rapidité d'évolution. Il se développe, en général, dans les trois ou quatre jours qui suivent l'opération et laisse, après élimination des escarres, des plaies profondes et longues à cicatriser. C'est donc une complication fâcheuse au point de vue du retard qu'elle apporte à la guérison; mais elle n'a pas de suites graves et ne compromet en aucune manière le pronostic opératoire définitif.

Le décubitus acutus des hystérectomisées est la conséquence des lésions nerveuses irritatives, provoquées par les tiraillements ou la forcipressure des nerfs pelviens. Cependant, la longueur ou la difficulté des manœuvres opératoires ne paraissent avoir aucune influence sur sa production. Celle ci semble surtout dépendre d'une prédisposition par-

1. F. Terrier et H. Hartmann. « Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer de l'utérus ». *Rev. de Chir.*, T. XII, Paris, 1892, p. 295.

2. E. Baudron. « L'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus ». *Thèse*, Paris, 1894, p. 77.

3. F. Legueu. « Des escarres sacrées consécutives à l'hystérectomie vaginale ». *Congrès périodique de Gyn., d'Obstr. et de Péd.*, 1re session, Bordeaux, 1896, p. 445.

ticulière, qu'on rencontre de préférence, je crois, chez des femmes malades depuis longtemps et atteintes d'affections péri-utérines inflammatoires, susceptibles de développer, du côté des nerfs pelviens, un travail irritatif qui, déjà manifeste lorsque vient l'heure de l'intervention, trouve dans le traumatisme opératoire les conditions voulues pour s'aggraver et provoquer, en fin de compte, les lésions caractéristiques du décubitus aigu.

V

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

A. — Indications et technique de l'hystérectomie abdominale.

1° — **Considérations sur la technique et les indications de l'hystérectomie abdominale totale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1897, t. XXIII, p. 541.

A propos d'une communication de mon collègue Richelot, je discute les avantages du procédé d'hystérectomie qu'il donne comme définitif; je passe en revue les indications générales de l'opération et je donne, à propos de la technique et de la supériorité du procédé américain, une série de détails qui se retrouvent dans le travail suivant.

2° — **L'hystérectomie abdominale totale dans l'ablation des gros fibromes et le traitement des suppurations pelviennes. Considérations sur la supériorité du procédé américain.** — *Revue de Gyn. et de Chir. abdom.*, Paris, 1897, t. I, p, 604.

Admettant comme aujourd'hui démontré que, chez toutes les femmes atteintes de volumineux fibromes qu'il faut enlever et chez quelques-unes de celles qui ont des suppurations pelviennes avec masses inflammatoires très volumineuses, les indications, comme la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale sont indiscutables; je m'attache surtout, dans le présent article, à décrire la méthode américaine (connue mais bien peu citée parmi nous), et à montrer sa supériorité sur les autres procédés.

Le plan général de l'opération, dont Kelly a donné en Amérique la meilleure description, consiste à pratiquer l'ablation en bloc et par incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche, « by continuous incisions from left to right, and from right to left » suivant que

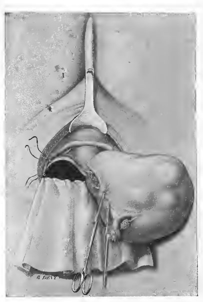


Fig. 42. — Cette figure représente l'opération à l'instant où la section du ligament large gauche vient de conduire sur l'utérine du même côté. Le ligament large gauche est sectionné de haut en bas, deux fils sont placés, l'un sur l'artère utéro-ovarienne, l'autre sur l'artère du ligament rond ; l'utérus est renversé à droite et au fond du décollement on reconnaît l'artère utérine qu'on va lier en se garant de l'uretère. Celui-ci ne se voit pas toujours aussi bien que sur le dessin, mais, pour l'éviter, il suffit de bien dénuder l'artère à lier.

la disposition des lésions rend plus facile l'une ou l'autre de ces deux directions.

Après avoir vu faire l'opération par ses créateurs et l'avoir pratiquée moi-même un grand nombre de fois, je pense que les temps opé-

ratoires doivent être décrits de la manière suivante (voy. fig. 42 et fig. 43).

Mettre la malade en position renversée, se placer à sa droite, inciser la paroi abdominale, se comporter vis-à-vis des adhérences intestinales ou épiploïques suivant les règles habituelles, et, sans se

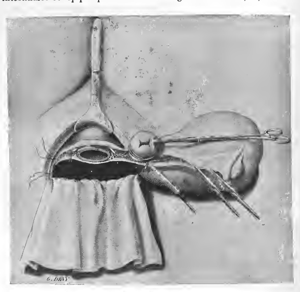


Fig. 43. — Cette figure représente l'intervention au moment où la masse utéro-ovarienne tout à fait renversée à droite, ne tient plus que par le ligament large correspondant. On distingue successivement la section et les trois ligatures maitresses du ligament large gauche; l'ouverture du vagin et l'artère utérine droite mise à jour et dénudée par le seul fait de l'arrachement du col en haut et à droite.

préoccuper autrement des masses qui encombrent le petit bassin, du volume des tumeurs et de leurs connexions pelviennes, se porter d'emblée sur le bord supérieur du ligament large gauche, en dehors des annexes. C'est toujours possible, quel que soit le volume des fibromes ou la répartition des lésions suppuratives. L'aileron supérieur du ligament large ainsi découvert, lier l'artère utéro-ovarienne en dehors des

annexes, la saisir du côté de l'utérus avec une pince hémostatique quelconque, la couper entre la ligature et la pince, puis sectionner tout l'aileron correspondant. Traiter de même l'artère du ligament rond, et couper toute la hauteur du ligament large, de haut en bas, jusqu'à l'artère utérine.

Bien reconnaître celle-ci, et comme les feuillets du ligament large flottent librement, comme il n'y a, nulle part, de grosse pince étreignant les tissus et masquant les rapports, cette recherche est simple. Si le ligament large est occupé par une tumeur liquide ou solide, il faut s'en débarrasser suivant les règles habituelles pour procéder, ensuite, à la recherche précédente. L'artère, une fois libérée, la lier en dehors, la pincer du côté de l'utérus et la couper entre le fil et la pince. Poursuivre ensuite le décollement au-dessous de l'utérine et au ras de l'utérus, puis, d'un coup de ciseaux, pénétrer directement dans le vagin, sans le secours d'aucun instrument faisant bomber le cul-de-sac vaginal correspondant, et sans autre guide que la perception digitale du col, au travers des parties molles.

A ce moment, l'hémostase n'est jamais complètement assurée par le fil unique de l'utérine ; les petites branches collatérales donnent souvent beaucoup plus de sang qu'on ne se plaît à le dire, et il va de soi qu'on doit en assurer l'occlusion par des ligatures appropriées. Procéder ensuite à la succession des temps suivants : préhension du col au travers de la brèche vaginale; renversement du museau de tanche, en haut et à droite, à l'aide d'une pince convenable; libération complète du col en arrière et en avant, avec la précaution d'entailler, à ce dernier niveau, et sur la face utérine antérieure, un lambeau péritonéal suffisant. Enfin, continuation des tractions sur le col en haut et à droite, jusqu'à la découverte de l'utérine correspondante; ligature de celle-ci et section du ligament large droit, de bas en haut, avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'artère utéro-ovarienne.

Dans cette dernière partie de l'opération, la mise à nu de l'utérine par l'arrachement du col vers le haut est d'une surprenante facilité. Après libération de ses attaches vaginales, le col se laisse très aisément décortiquer par traction, et, comme l'indique la figure 43, on voit aussitôt l'artère utérine dénudée dans une grande étendue et couchée au fond du décollement produit. Un autre détail important à noter, c'est que, en cas de gros fibrome, la masse utéro-ovarienne renversée à droite porte forcément de tout son poids dans le vide ou sur le tablier

de l'opérateur. Il convient donc de la soutenir pour éviter un arrachement trop brusque et de veiller à ce que le tablier sur lequel elle vient s'appuyer soit parfaitement aseptique.

La masse utéro-ovarienne étant enlevée, il faut, pour terminer, parachever l'hémostase, supprimer les surfaces cruentées par un surjet péritonéal, et assurer le drainage avec une mèche de gaze aseptique ou antiseptique placée dans le vagin. Je n'insiste pas sur les deux dernières manœuvres qui sont de pratique courante, mais je souligne, d'une manière très particulière, la nécessité urgente de bien soigner l'hémostase et, soit dit, en passant, il faut s'attendre à ce que le temps nécessaire pour cela soit plus long, soit même beaucoup plus long que les quinze ou vingt minutes généralement exigées par l'hystérectomie elle-même.

Quand on ne laisse pas, à la manière de Kelly, une rondelle de col, il est, en effet, très rare que les six ligatures maîtresses suffisent. Nombre de petites artères donnent, au-dessous du moignon des utérines ou sur la tranche vaginale, et, pour éviter les complications hémorrhagiques, il faut apporter une attention très particulière, soit à la ligature des artérioles qu'on peut isolément saisir, soit au surjet très solide qu'il convient de placer sur la collerette vaginale pour y tarir tout écoulement sanguin et la suturer au péritoine voisin. Comme fil, j'emploie de préférence de la soie fine et solide. La perfection de l'hémostase me paraît, de la sorte, mieux assurée que par des ligatures au catgut, et la sécurité qu'on en retire compense les petits ennuis que donne parfois l'élimination ultérieure de quelques-uns des fils.

Telle est l'opération américaine dans ses principaux détails. Il me semble difficile de ne pas reconnaître qu'elle remplit toutes les conditions de simplicité et de sécurité que la chirurgie abdominale exige de plus en plus. Elle se passe des clamps spéciaux et des pinces énormes, aussi bien que des manœuvres complexes ou trop personnelles; quelques instruments de chirurgie journalière suffisent à son exécution; l'intervention se poursuit, de son début à sa terminaison, comme l'ablation d'une tumeur quelconque et d'après les règles les plus courantes de la chirurgie abdominale. En fait de simplicité, je ne vois donc pas mieux.

Au point de vue de la sécurité, la même appréciation s'impose, puisque la méthode résume, en elle, tous les perfectionnements techniques désirables : caractère exclusivement abdominal de l'intervention; perfection de l'hémostase; abandon des gros pédicules, ligatures

isolées des vaisseaux; protection assurée de l'uretère et de la vessie; suppression des contacts intestinaux avec toute surface rugueuse ou cruentée; facilité d'une occlusion péritonéale des plus régulières et drainage vaginal parfait, suivant les nécessités du cas particulier ou les tendances de l'opérateur.

Enfin, caractéristique très particulière, et qui suffirait seule à faire la preuve de ce que je pense, la *méthode américaine* a pour elle cette grande supériorité d'être *applicable à tous les cas sans exception*. Avec elle, on procède droit devant soi, allant du simple au compliqué, liant au fur et à mesure ce qui doit être lié et protégeant ce qui doit être protégé; l'énucléation des tumeurs solides qui peuvent gêner la marche de l'opération se fait en temps opportun, aussi bien que l'ouverture ou l'ablation des collections salpingiennes ou autres dont la septicité impose des mesures particulières, et, qu'il s'agisse de fibromes ou de suppurations pelviennes, on arrive toujours à son but, méthodiquement et sûrement.

3° — **Note sur la conservation des ovaires après l'hystérectomie. —** (Publiée par le Dr E. Montana dans sa thèse inaugurale intitulée : *Opérations conservatrices de l'ovaire et de la trompe.*) — *Th., de Doct.* Paris, 1899, p. 26 et 27.

Faut-il oui ou non conserver tout ou partie des ovaires après l'hystérectomie? Faut-il, en un mot, faire de parti pris une opération incomplète? Déjà, au Congrès de Bruxelles, j'avais émis des doutes sur les avantages plus apparents que réels de ces opérations incomplètes. Mes observations ultérieures n'ont fait que confirmer mon opinion première et, dans une communication adressée à la Société de Gynécologie et de Chirurgie abdominale de Bucarest je formule cette conclusion reproduite dans la thèse de Montana :

S'il est vrai qu'un utérus privé de ses ovaires ne vaut pas plus qu'un fusil sans cartouches, et, au point de vue physiologique, cette boutade répond absolument à la vérité, la réciproque n'est pas moins exacte. Je sais bien que, pour défendre la conservation des ovaires en cas d'hystérectomie abdominale ou vaginale, on invoque les vertus de leurs mystérieuses sécrétions; mais, la clinique le démontre, si l'on met en balance les avantages des susdites secrétions avec la proportion des opérations secondaires que nécessitent les ovaires laissés en place, volontairement ou non, il n'y a pas à mon avis de doute possible.

Une bonne et solide guérison conférée par l'ablation totale vaut bien quelques bouffées de chaleur de plus ; et quand une femme est assez malade pour avoir besoin d'une hystérectomie, je ne comprends pas qu'on hésite à la guérir d'un coup, sans rien laisser qui puisse l'exposer à la nécessité d'une autre opération. Dans l'hystérectomie abdominale, j'enlève donc toujours les deux annexes, et dans l'hystérectomie vaginale, je procède de même, toutes les fois que je le puis, c'est à dire dans la majorité des cas.

4° — Discussion sur la valeur comparée de l'hystérectomie abdominale totale et de l'hystérectomie abdominale médio-cervicale. — *Bull. et Mém de la Soc. de Chir.*, Paris, 1903, t. XXIX, p. 955.

Dans cette discussion j'ai eu surtout pour but de réfuter l'opinion de Richelot sur la prétendue nécessité de préférer toujours l'hystérectomie totale afin d'éviter la cancérisation ultérieure possible du moignon cervical respecté par l'hystérectomie médio ou supra cervicale.

5° — Note sur la castration abdominale totale pour annexite. — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, Paris, 1899, t. I, p. 190.

Après avoir observé que les arguments sur lesquels on se base, avec tant de raison, aujourd'hui pour montrer que l'hystérectomie abdominale peut être le complément indispensable de l'ablation des annexes sont exactement calqués sur ceux qui m'ont servi depuis 1892 pour défendre et vulgariser l'opération de Péan, je soutiens qu'une castration utéro-annexielle par laparotomie ne vaut ni plus ni moins que la même opération faite par le vagin. Le tout est de bien savoir discerner les indications respectives de ces deux excellentes opérations.

Pour les travaux concernant les indications de l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin. (Voir *Travaux sur l'Hystérectomie vaginale*. Publication 2° de la série D, page 150.)

B. — Recueil des faits.

1° — Hystérectomie abdominale supra-cervicale pour un énorme fibromyome kystique de l'utérus. Femme de quarante-six ans. Guérison. (Observation, pièce et dessin de la pièce présentés par mon

interne Malherbe à la Société anatomique.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1890, LXV[e] année, 5[e] série, t. IV, p. 444.

Ce kyste utérin contenait 7 litres de liquide et un caillot gros comme une tête de fœtus à terme. Il avait eu toutes les allures cliniques d'un gros kyste de l'ovaire.

2° — **Considérations sur le traitement des fibromes utérins par hystérectomie supra-vaginale.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1890, t. XVI, p. 689.

Communication des observations de vingt malades opérées de cette manière.

3° — **Tumeur solide de l'ovaire avec fibromes utérins. Hystérectomie abdominale totale.** — (Observation et pièce communiquées à la Société anatomique par mes internes Claisse et Dartigues.) — *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1899, 6[e] série, t. I, p. 1038.

L'ensemble de la masse utéro-annexielle pesait 2 kil. 300. La tumeur ovarienne formait un ovoïde de 22 centimètres de long, sur 11 centimètres de largeur. Les points intéressants de cette observation concernent les difficultés du diagnostic et la coexistence des fibromes utérins avec une tumeur ovarienne maligne.

4° — **Un cas de fibrome utérin sous-péritonéal pédiculé enclavé dans le cul-de-sac de Douglas et simulant une tumeur du sacrum. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 770.

Il s'agit d'une dame de cinquante et un ans opérée le 26 mars 1899. L'intérêt de son observation vient non point du succès opératoire, ici bien naturel, mais des difficultés du diagnostic. La tumeur grosse comme le poing remplissait le cul-de-sac postérieur, refoulant l'utérus contre le pubis et si bien plaquée contre le sacrum qu'elle paraissait faire corps avec lui. D'autant que le rectum étant refoulé sur le flanc du fibrome, le toucher rectal permettait d'enfoncer le doigt très haut le long de la tumeur sans qu'il fût possible de l'insinuer derrière, et d'avoir ainsi la clef du diagnostic.

5° — **Hystérectomie abdominale pour fibrome et double annexite. Blessure de l'uretère. Fistule d'abord abdominale puis vaginale. Urétéro-cysto-néostomie impossible. Néphrectomie. Guérison.** (Observation communiquée à mon interne Maubert et publiée dans sa thèse inaugurale sur « *Les blessures de l'uretère dans les laparotomies* ».) — *Th. de Doct.*, Paris, 1902, p. 78.

VI

CHIRURGIE ET PUERPÉRALITÉ

A. — Intervention chirurgicale pendant la grossesse

1° — **Grossesse utérine prise pour une grossesse extra-utérine, grâce à la fixation de l'utérus gravide en latéro-version gauche. Laparotomie. Libération et redressement de l'utérus. Guérison de l'opérée. Continuation de la grossesse. Avortement ultérieur étranger à l'intervention et provoqué, par un traumatisme accidentel.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, Paris, 1900, t. II, p. 329.

Ce n'est là qu'un fait isolé. Il a toutefois le mérite d'ajouter un document au très mince dossier de la latéro-version gravidique et de montrer que, dans les cas difficiles, il faut aussi bien songer à la possibilité de cette déviation qu'à celle de la classique rétroversion.

2° — **Kyste de l'ovaire gauche ; torsion du pédicule vers le deuxième mois de la grossesse. Laparotomie et ablation du kyste à la fin du troisième mois. Evolution consécutive normale de la grossesse.** (En collaboration avec le Professeur Pinard). — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, Paris, 1900, t. II, p. 78.

Bien que de nombreuses observations de kystes de l'ovaire avec torsion du pédicule compliquant la grossesse aient été publiées depuis le Mémoire de Rokitanski, l'histoire clinique de ce chapitre est loin d'être complète et les observations comme celle-ci conserveront long-

temps encore leur intérêt. De plus, quelques points de cette observation méritent d'être mis en relief.

Elle tend d'abord à démontrer, une fois de plus, la fréquence de la torsion, du deuxième au quatrième mois, et la prédisposition particulière des petits kystes à cette complication. Elle fait ensuite comprendre les difficultés du diagnostic et montre notamment qu'il est, en clinique, bien difficile d'établir une ligne de démarcation nette entre les deux formes schématiques de *torsion lente* et de *torsion brusque* admises par les auteurs. Elle pourrait être en effet rangée dans ces cas de torsion brusque à évolution lente, avec étranglement incomplet. Enfin, elle donne un bon exemple des précautions opératoires particulières que nous imposent, en pareils cas, soit l'extrême friabilité du pédicule, soit la nécessité de préserver le globe utérin de toute manœuvre offensive durant l'extirpation du kyste et la toilette péritonéale.

3° — **Torsion pédiculaire d'un petit kyste de l'ovaire droit chez une femme de vingt et un ans, enceinte de six semaines. Laparotomie et ablation du kyste. Avortement huit jours après. Guérison de l'opérée.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn., et de Péd.*, Paris, 1900, t. II, p. 79.

Les symptômes observés avaient fait penser à une grossesse extra-utérine; or, voici ce que nous avons trouvé : la grossesse était normale et la tumeur latérale gauche était constituée par un petit kyste ovarien droit qui, après un tour de torsion de son pédicule, était venu se loger sous les annexes gauches dont il s'était comme coiffé.

Cette observation est intéressante à deux points de vue. D'une part : elle confirme cette opinion, que, dans le traitement des grossesses extra-utérines jeunes, la netteté de l'invitation opératoire prime de beaucoup la précision du diagnostic souvent très difficile. D'autre part, elle est un bon exemple de la gravité des symptômes en pareils cas.

4° — **Grossesse de trois mois avec volumineux fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. Phénomènes de compression vésicale. Cystite purulente. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale supra-vaginale. Occlusion intestinale. Anus contre nature. Mort.** — *Fonctionnement de la Maison d'acc. Baudelocque*, 1900, p. 106.

5° — **Note sur un cas d'appendicite survenue au cinquième mois de la grossesse.** — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn., et de Péd.*, Paris, 1899, t. V, p. 28.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, tuée au cinquième mois d'une grossesse normale par une appendicite opérée *trop tard*. Après avoir donné tous les détails de ce fait si cruellement démonstratif, je conclus de la manière suivante :

« Si les indications et les avantages de l'intervention à chaud me paraissent indiscutables en chirurgie générale, il faut en outre bien savoir que la nécessité d'opérer toujours, et le plus vite possible, s'affirme d'une manière encore plus formelle dans le cas particulier des appendicites aiguës survenant au cours de la grossesse. Cette vérité ressort nettement de la récente communication du Professeur Pinard à l'Académie de Médecine, et je voudrais beaucoup qu'il puisse trouver, dans cette courte communication, une confirmation nouvelle. »

« L'appendicite, évoluant sur une femme grosse, se trouve, en quelque sorte, dans des conditions topographiques et physiologiques particulièrement néfastes. Pendant que les dangers de résorption septique sont à leur maximum, il semble que le péritoine se prête moins qu'en toute autre circonstance à la limitation plastique du foyer appendiculaire. L'appendice est comme surélevé par le développement du globe utérin ; et, lorsque vient sa perforation, c'est pour ainsi dire tout d'un coup que la cavité péritonéale se laisse envahir, jusque dans ses moindres recoins, par des flots de sérosité louche ou de pus. Nombre d'observations démontrent aujourd'hui la fréquence de cette évolution rapide et foudroyante. N'est-il pas évident que, dans ces conditions, l'intervention, dans les premières heures qui suivent le début du mal, constitue la seule et unique chance de salut? »

« La conclusion paraît donc aussi nette que possible; elle est bien telle que Pinard l'a formulée : « Toute appendicite diagnostiquée pen-« dant la grossesse commande l'intervention. » J'ajoute que cette intervention doit être aussi précoce que possible, encore plus précoce même que dans les cas d'appendicite survenant en dehors de la puerpéralité. C'est-à-dire que, pour être toujours efficace, elle devrait suivre de cinq à six heures, tout au plus, l'instant où le diagnostic a été porté. »

« Puisque je parle de diagnostic, il est bien entendu, je pense, qu'en préconisant le précepte d'opérer toujours, et le plus vite possible, toute appendicite survenant au cours de la grossesse, nous entendons

parler, seulement, des appendicites sérieusement diagnostiquées. Il ne nous suffit pas, comme l'a dit à la Société de Chirurgie notre collègue Quénu, d'une simple douleur dans le ventre pour prendre le bistouri ; il nous faut un peu plus ; j'avoue, cependant, qu'il nous faut beaucoup moins qu'à certains défenseurs de la temporisation, et cela pour une raison sur laquelle je ne crains pas de revenir. C'est que nous préférons, de beaucoup, faire une erreur de diagnostic et pratiquer une incision non justifiée, mais toujours innocente quand elle est bien conduite, que de risquer une seule mort par abstention. »

Quant à l'opération, elle s'exécute ici suivant son manuel ordinaire. Elle présente, toutefois, quelques particularités utiles à signaler. Pour peu que la grossesse soit avancée, l'incision doit être un peu plus haute que d'habitude et conduire immédiatement au point d'ascension du bord du ligament large. La recherche et la résection de l'appendice, indispensables dans le cas particulier de la grossesse, comme dans tous les autres, ne m'ont point paru présenter de difficultés particulières. Mais, dans l'exécution de ce temps opératoire, il est nécessaire de prendre les précautions voulues pour ne pas heurter ou malmener soit l'utérus, soit les annexes qui sont, en général, à côté de l'appendice. Quand l'épanchement séreux ou purulent remplit l'abdomen, il est indispensable d'inciser les deux fosses iliaques ; car, si grande que soit l'incision faite au niveau de la région appendiculaire, la masse utérine s'oppose toujours à l'écoulement du pus ou de la sérosité accumulés à sa gauche. Enfin, pour assurer la perfection du lavage péritonéal, on soignera particulièrement la toilette de la cavité pelvienne et du cul-de-sac de Douglas.

6° — **Appendicite aiguë gangreneuse chez une jeune femme grosse de quatre mois. Accalmie traîtresse le septième jour en pleine péritonite. Opération le huitième jour. Avortement douze jours après l'opération. Guérison.** (Observation citée par M. Dieulafoy dans une leçon sur « les accalmies traîtresses de l'appendicite ».) — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1898-1899, t. III (douzième leçon), p. 238.

7° — **Appendicite suppurée avec péritonite généralisée chez une primipare de vingt-cinq ans enceinte de six mois. Opération le sixième jour. Mort.** (Observation publiée par M. Pinard dans une première communication sur l'appendicite dans ses rapports avec la

grossesse. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, Paris, 1898, 3e série, t. XXXIX, p. 295. Le même fait est cité par le Professeur Dieulafoy dans une leçon sur « la grossesse et l'appendicite ». — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1897-1898, t. II, p. 324).

8° — **Appendicite suppurée survenue au cours d'une grossesse de trois mois.** (La laparotomie, pratiquée en pleine péritonite généralisée, a donné la guérison. Observation communiquée à l'Académie par M. Pinard.) — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, Paris, 1900, 3e série, t. XLIII, p. 230.

B. — Interventions chirurgicales au moment du travail.

1° — **Dystocie par volumineux sarcome de l'ovaire.** (Tumeur de 883 grammes). Femme de vingt-quatre ans accouchée à terme il y a cinq ans d'un enfant mort. — **Opération césarienne suivie d'hystérectomie supra-vaginale.** Enfant vivant de 3.370 grammes. Guérison de la mère. — *Fonctionnement de la Maison d'acc. Baudelocque*, année 1891, p. 72.

2° — **Opération de Porro dans un cas de rétrécissement du bassin très accusé.** Femme de trente-quatre ans. Enfant vivant. Guérison de la mère. — *Fonctionnement de la Maison d'acc. Baudelocque*, 1894, p. 50.

3° — **Opération de Porro dans un cas de rétrécissement du bassin.** (Primipare de vingt-six ans. Enfant vivant. Guérison de la mère.) — *Fonctionnement de la Maison d'acc. Baudelocque*, 1896, p. 60.

4° — **Gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail à terme ayant un rétrécissement extrême du bassin.** (En collaboration avec le Professeur Pinard.) — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, Paris, 1897, 3e série, t. XXXVII, p. 47.

Cette opération, pratiquée d'après le manuel opératoire de la méthode américaine, a été fort simple. Sa durée totale a été de une heure. Il va

sans dire que nous parlons seulement de la durée opératoire *utile* à connaître, c'est-à-dire de la *durée totale*, hémostase et sutures comprises, sans nous inquiéter un instant du temps que nous avons pu mettre, soit à extraire l'enfant, soit à sortir l'utérus du ventre pour le jeter dans un plat. Les suites ont été des plus simples. Enfant et mère se portent fort bien.

A propos de ce succès opératoire, le Professeur Pinard, autrefois partisan de l'opération césarienne suivie de l'amputation supra-cervicale de l'utérus, affirme ses préférences actuelles pour l'ablation totale, non pas seulement parce que l'absence du moignon rend les suites opératoires plus courtes, mais encore et surtout, parce qu'il devient ainsi possible de pratiquer avec succès l'opération césarienne dans les cas d'utérus infectés, et partant, de faire sans doute disparaître du seul petit terrain où on pouvait la discuter encore, l'embryotomie sur l'enfant vivant.

5° — **Albuminurie. Bassin vicié, rachitique. Gastro-hystérotomie suivie d'hystérectomie totale. Primipare de quarante et un ans. Enfant vivant. Mort de la mère trois jours aprés l'opération..** — *Fonctionnement de la Maison d'acc. Baudelocque*, 1897, p. 107.

6° — **Hystérectomie supra-vaginale. Ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit. Femme de trente-sept ans ayant subi antérieurement une laparotomie pour rupture compléte de l'utérus pendant le travail. Enfant vivant. Guérison de la mère.** — *Fonctionnement de la Maison d'acc. Baudelocque*, 1901, p. 74.

7° — **Etude clinique et anatomique d'un utérus parturient à terme fixé en rétro-latéro-version par des adhérences périmétritiques.** (Communication de M. Couvelaire avec la collaboration de MM. Pinard et Paul Segond.) — *C. R. de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, Paris, 1903, t. V, p. 90.

Cet utérus a été enlevé après opération césarienne par hystérectomie abdominale totale sur une femme de trente-six ans. Guérison de la mère. L'enfant, qui pesait 3.590 grammes au moment de sa naissance, pesait 4.140 grammes à sa sortie de Baudelocque le trente-huitième jour.

Voici les conclusions de cette étude :

1° Des *adhérences périmétritiques* étendues fixant l'utérus en situation vicieuse *irréductible* ne sont pas incompatibles avec l'évolution de la grossesse jusqu'à terme ;

2° La fixation irréductible de la face postérieure de l'utérus gravide en rétro-latéro-version a, dans le cas étudié par nous, entraîné une exagération du développement en surface de la paroi antérieure libre de l'utérus et une notable diminution du développement en surface de la paroi postérieure adhérente ;

3° La fixation irréductible du corps utérin en rétro-latéro-version a entraîné un développement atypique du segment inférieur consistant en une énorme distension partielle de la région à laquelle aboutit l'axe anormalement dévié du corps utérin ;

4° L'attitude vicieuse irréductible du fœtus était en rapport avec la distorsion complexe de l'utérus et l'inégal développement des différentes parties de l'organe gestateur irréductiblement fixé en situation vicieuse ;

5° Cette dystocie a nécessité, pour sauvegarder les intérêts de la mère et de l'enfant, l'opération césarienne suivie de l'hystérectomie ;

6° Le succès de l'intervention a été complet pour la mère et pour l'enfant.

8° — **Grossesse extra-utérine diagnostiquée au sixième mois, opérée à une époque rapprochée du terme. Extraction d'un enfant vivant. Suites heureuses pour la mère et l'enfant. Primipare. Extériorisation du kyste sans ablation immédiate du placenta.** (Observation communiquée à l'Académie, par le Professeur Pinard dans la séance du 6 août 1895.) — *Fonctionnement de la Maison d'acc. Baudelocque*, 1895, p. 597; *Bull. de l'Acad. de Méd.*, Paris, 1895, 3e série, t. XXXIV, p. 189; *Ann. de. Gyn.*, Paris, 1895, t. XLIV, p. 81.

9° — **Grossesse extra-utérine diagnostiquée au sixième mois, opérée à une époque rapprochée du terme. Extraction d'un enfant vivant. Suites heureuses pour la mère et pour l'enfant.** Femme de trente-sept ans, ayant eu huit grossesses normales. Extériorisation du kyste fœtal, sans ablation immédiate du placenta. (Communication faite par M. Pinard, en collaboration avec M. Paul Segond.) — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, Paris, 1899, 3e série, T. XLI, p. 339.

10° **Grossesse extra-utérine opérée à une époque rapprochée du terme. Extraction d'un enfant vivant. Suites heureuses pour la mère.** L'enfant est mort au bout d'une demi-heure. Femme de vingt-neuf ans, ayant eu un accouchement antérieur normal. Ablation du placenta et de la presque totalité de la poche avec résection de l'appendice adhérent. — *Fonctionnement de la Maison d'acc. Baudelocque*, 1901, p. 75.

C. — Intervention chirurgicale dans les suites de couches.

1° **Un cas d'inversion utérine puerpérale. Irréductibilité. Utérus sphacélé. Hystérectomie vaginale. Guérison.** (Observation publiée dans la *thèse* inaugurale de Fresson. « Indications et manuel opératoire dans le traitement de l'inversion utérine ».) — *Th. de Doct.*, Paris, 1902.

Primipare de trente-quatre ans, opérée à Baudelocque, le 24 avril 1902. Indications créées par le sphacèle de la masse prolabée. Voici les temps de cette hystérectomie vraiment extra-vaginale. « Ouverture exploratrice de l'infundibulum de retournement par incision verticale de la paroi utérine antérieure ; cet infundibulum était occupé par les annexes gauches, qui sont enlevées après forcipressure de leurs pédicules ; les annexes droites, s'engageant à peine dans la cavité, sont réservées pour plus tard. Cela fait et sans s'occuper de l'hémostase des utérines, résection de tout le globe utérin à 1 centimètre environ de son insertion vaginale, c'est-à-dire là ou cessait la zone sphacélée, excision faite au ciseau ; l'hémostase de la courte manchette cervicale laissée par cette résection est assurée par un surjet au catgut et par trois pinces de Kocher ; par l'orifice central de cette manchette, les annexes droites sont saisies, puis reséquées, après forcipressure de leurs pédicules ; l'artère utérine gauche avait été pincée après la section du col. » Guérison.

2° — **Indications de l'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale aiguë.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1899, t. XXV, p. 803, et Paris, 1901, t. XXVII, p. 210.

En prenant part à cette discussion de la Société de Chirurgie, j'ai eu surtout pour but d'insister sur les trois points suivants :

1° Nécessité formelle de ne pas confondre dans une même étude les septicémies puerpérales avec lésions pelviennes suppuratives, et les septicémies puerpérales à point de départ uniquement utérin. Pour les premières, en effet, il n'y a pas de discussion possible, l'intervention peut varier dans son mode, suivant les chirurgiens, mais pour tous elle s'impose comme une urgente nécessité. Pour les secondes, au contraire, la situation est très différente, il n'y a rien ni du côté du péritoine, ni du côté des annexes, l'utérus est seul en cause, et c'est à leur propos seulement qu'il peut y avoir divergence d'opinions.

2° Possibilité, mais excessive rareté des indications de l'hystérectomie dans le traitement des septicémies *post partum* à point de départ uniquement utérin. Dix années de pratique à la clinique Baudelocque ne me les ont pas fait une seule fois rencontrer.

3° A supposer qu'on se trouve en présence des indications d'une hystérectomie dans les conditions précitées, supériorité incontestable de la voie abdominale sur la voie vaginale, non point parce qu'on voit mieux par en haut que par en bas, comme les laparotomistes trop irréductibles se plaisent à le dire; mais, parce que chez une femme qui vient d'accoucher, je l'ai pour la première fois spécifié dans la thèse de Baudron, la friabilité habituelle des tissus fait souvent de l'hystérectomie vaginale une opération dangereuse et bien difficile.

D. — Hématocèle péri-utérine. Grossesse extra-utérine.

1° — **Diagnostic et traitement de l'hématocèle péri-utérine.** (Clinique faite à la Charité le 5 octobre 1887 et analysée par le Dr Labusquière.) — *Ann. de Gynéc.*, Paris, 1887, t., p. 317.

Cette clinique, faite à propos d'un cas d'hématocèle traité par laparotomie sous-péritonéale, contient, avec l'exposé des règles du traitement, l'étude du diagnostic différentiel de l'hématocèle et du phlegmon du ligament large.

2° — **Valeur de l'incision vaginale dans le traitement de l'hématocèle extra-utérine.** (Six de mes observations, très démonstratives à cet égard, ont été publiées par Thévenard dans sa *thèse* inaugurale intitulée « Contribution à l'étude de l'hématocèle extra-

utérine »). — *Th. de Doct.*, Paris, 1896, obs. XVI à XXII, p. 77 à 90.

3° — **Considération sur la grossesse extra-utérine.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1896, t. XXII, p. 56 à 66 et p. 156.

Les opinions émises et défendues dans cette communication se retrouvent sans modifications dans le rapport qui suit.

4° — **Rapport sur le traitement des grossesses extra-utérines.** — Congrès périod. de Gyn. d'Obst. et de Péd. 2e session, Marseille, 1898, p. 174.

Les conclusions de ce rapport sont groupées dans un résumé général que voici :

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

« *Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.* » Quelques grossesses ectopiques peuvent, toutefois, s'arrêter, d'elles-mêmes, dans les premières phases de leur évolution et guérir spontanément, mais elles sont la trop grande exception pour diminuer la portée de cette règle générale.

Première Partie. — ***Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois.***

I. Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois évoluant normalement. — L'ablation totale, par *laparotomie*, du kyste fœtal et des seules annexes intéressées est le traitement de choix. L'ablation par *colpotomie*, antérieure ou postérieure, a donné des succès, mais il est beaucoup plus sûr de recourir à la *laparotomie*. Peut-être, certaines grossesses jeunes sont-elles justiciables de l'*évacuation par incision avec suture consécutive et remise en place de la trompe ainsi reconstituée.*

Cas particuliers : — a) *Siège intra-ligamentaire et sous-péritonéo-pelvien du kyste fœtal.* — L'ablation par *laparotomie* reste l'opération de choix. Les seules particularités à noter concernent les *difficultés de l'énucléation*, l'étendue des décollements, et, par conséquent, l'obligation fréquente du *drainage sus-pubien.*

b) *Siège du kyste fœtal dans une corne utérine rudimentaire.* — On

doit enlever le kyste par *laparotomie*. Souvent le pédicule est assez petit pour qu'il soit facile de pratiquer l'ablation, sans trop entamer l'utérus. Pour peu que la pédiculisation soit difficile, il faut faire l'*hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale*.

c) *Grossesses tubo-interstitielles*. — Par exception, on peut les enlever par *hystérectomie vaginale*; mais, comme leur diagnostic est impossible sans examen direct, elles relèvent uniquement de l'*hystérectomie abdominale supra-vaginale*, *médio-cervicale ou totale*. — Par opposition à cette intervention radicale, il pourrait être avantageux d'ouvrir simplement le kyste dans l'utérus (sorte d'*extériorisation intra-utérine* conseillée par Kelly).

d) *Coexistence avec la grossesse ectopique, de lésions siégeant sur les annexes de l'autre côté ou d'un néoplasme utérin* (*fibrome ou cancer*). — Durant les *trois ou quatre premiers mois*, alors que le placenta n'est pas encore trop gros, l'*ablation totale par voie vaginale* est certainement l'opération la plus avantageuse. — *Passé cette date*, à cause du volume du placenta et de la friabilité de l'utérus, la *laparotomie* reprend tous ses droits sur l'opération de Péan. — Si le diagnostic de la coexistence en question n'est fait qu'après ouverture du ventre, il va de soi qu'il faut, *séance tenante* et *par la même voie*, procéder à l'ablation nécessaire.

II. Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois compliquées.

A. Traitement des complications hémorrhagiques. — Dans la longue série des complications hémorrhagiques qui s'échelonnent depuis l'*hémato-salpinx* jusqu'à l'*inondation péritonéale*, il y a forcément des *cas limites* dont le mode de traitement variera toujours avec les tendances, le coup d'œil et l'expérience de chaque opérateur. En prenant dans cette série les deux termes extrêmes (l'*hémato-salpinx* et l'*inondation péritonéale*), et deux de ses termes intermédiaires (l'*hématocèle enkystée* et l'*hématocèle à poussées hémorrhagiques*), on peut toutefois donner une certaine précision aux règles thérapeutiques dont relèvent ces quatre variétés maîtresses.

1° *Traitement de l'hémato-salpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale, mais constituant une tumeur énucléable en totalité*. — L'incision simple de la poche avec nettoyage de sa cavité, puis suture des parois et *remise en place de la trompe ainsi réparée*, est conseillée par quelques chirurgiens. Martin a procédé de la sorte *par*

le vagin, et d'autres *par le ventre*. Cette opération très *conservatrice*, et par conséquent séduisante, n'a, sans doute, que des indications exceptionnelles. Dans l'immense majorité des cas, la seule conduite rationnelle est d'*enlever la trompe gravide avec son contenu*, et les règles du traitement sont exactement les mêmes que pour les grossesses ectopiques évoluant normalement : l'ablation par *colpotomie antérieure* ou *postérieure*, malgré les succès qu'elle a donnés, doit être repoussée comme infidèle et périlleuse. — *Tout hémato-salpinx, compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale, mais offrant les caractères d'une tumeur énucléable, relève uniquement de l'ablation par laparotomie.* — A cette règle, une seule exception, la même que pour les grossesses ectopiques en voie d'évolution normale : quand il y a *bilatéralité des lésions annexielles, ou coexistence d'un néoplasme utérin*, il faut faire la *castration utéro-annexielle totale*, *par le vagin*, durant les quatre premiers mois, et, passé cette époque, *par laparotomie*.

2° *Traitement de l'hématocèle enkystée.* — En présence d'une hématocèle confirmée, sans poussées hémorrhagiques, et assez grosse pour réclamer l'intervention, c'est *l'incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix*. Dans la majorité des cas, elle donne la guérison, avec disparition ultérieure de tous les reliquats anatomopathologiques annexiels ou autres. Il est possible que cette guérison définitive ne se fasse pas, et que les indications d'une intervention ultérieure se posent ; mais, la *colpotomie* n'en conserve pas moins *tous les avantages d'une opération d'attente*, simple et bénigne, qui permet de remplir les indications de l'heure présente, sans engager l'avenir. — Quand la colpotomie rencontre quelque difficulté imprévue, comme le *retour de l'hémorrhagie* ou la constatation de *grosses lésions annexielles exigeant l'ablation*, rien de plus simple, en général, que de remplir aussitôt les indications *par voie vaginale*, soit en enlevant simplement les annexes qui saignent, soit en pratiquant la *castration utéro-annexielle totale*. — La *colpotomie* doit se pratiquer au bistouri, sans le secours d'aucune instrumentation spéciale. La seule précaution à prendre pour lui conserver sa bénignité, c'est de vider la poche avec une *extrême douceur*, d'abandonner, de parti pris, au drainage ce qui ne sort pas facilement, et d'éviter, en particulier, les manœuvres extérieures d'*expression abdomino-vaginale*.

L'incision vaginale n'est pas seulement applicable à l'*hématocèle rétro-utérine* proprement dite. Elle permet, aussi, d'ouvrir les *collections plus latérales* et les *hématocèles sous péritonéo-pelviennes*. —

Quelques cas particuliers peuvent, toutefois, réclamer une autre voie d'évacuation, comme l'*incision ischio-rectale* ou la *laparotomie sous-péritonéale.* Lorsque cette dernière incision est indiquée, il est prudent de la combiner au drainage vaginal.

La *laparotomie* n'a donc ici que des indications tout à fait exceptionnelles. On doit y recourir à titre d'*opération secondaire*, plus ou moins tardive, quand la colpotomie est impuissante à empêcher l'évolution ultérieure de lésions annexielles non justiciables de l'hystérectomie vaginale. Il est, enfin, nécessaire de la pratiquer d'*emblée*, quand la colpotomie commencée se heurte aux difficultés ci-dessus signalées (*retour offensif de l'hémorrhagie*; *grosses lésions annexielles dangereuses à abandonner*), et, bien entendu, quand il est impossible de remplir par le vagin les conditions voulues. — En cas d'hématocèle, la *laparotomie* conduit souvent à des *ablations incomplètes* qui nécessitent le *drainage sus-pubien* combiné ou non au *drainage vaginal.* — Dans les cas trop difficiles et peu satisfaisants, tant au point de vue du pronostic immédiat qu'à celui des suites éloignées, il est probable qu'il vaut mieux faire la *castration abdominale totale.*

3° *Traitement de l'hématocèle à poussées hémorrhagiques successives.* — Comparativement à ce que doit être le traitement de l'hématocèle enkystée, les *indications* respectives de la *colpotomie* et de la *laparotomie* sont pour ainsi dire *renversées.* On peut tenter la *colpotomie.* Mais au moindre retour de l'hémorrhagie, il faut être prêt à *laparotomiser* sans l'ombre d'un retard.

4° *Traitement des hémorrhagies profuses* (*inondation péritonéale*). — A côté des inondations péritonéales, toujours mortelles, quand on n'intervient pas, il y a certainement des *hémorrhagies très abondantes* suscesptibles de s'enkyster, et, par conséquent, *justiciables de l'expectation.* Mais, comme à la phase initiale et dramatique de toute hémorrhagie profuse, il n'existe pasun seul signe clinique permettant de déterminer les chances d'enkystement; comme il est maintenant démontré que l'expectation fournit environ 86 pour 100 de mortalité, et l'intervention 85 pour 100 de guérisons; comme la moindre observation personnelle bien prise suffit à prouver que la laparotomie d'urgence est le seul moyen d'éviter une mort certaine, il n'y a vraiment pas de doute possible sur la meilleure conduite à suivre : ***En présence de l'ictus péritonéal révélateur d'une hémorrhagie grave, il faut, sans restriction, accepter la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, et, en tout cas, aussi précoce que possible,*** — Il ne

saurait être ici question d'intervention par *voie vaginale*. — *La laparotomie est la seule opération qui permette l'hémostase dans les conditions voulues de sécurité et de rapidité.*

B. Traitement des complications septiques et suppuratives. — Ici, comme dans toutes les suppurations pelviennes, l'*incision vaginale* est, sans discussion possible, le traitement de choix des *hématocèles suppurées*, comme de *toute collection purulente bien limitée, uniloculaire et facilement accessible par le vagin.* — L'*hystérectomie vaginale* est l'opération la meilleure, quand il y a *bilatéralité* de lésions annexielles, à cette double condition que l'âge de la grossesse ne fasse pas redouter un *placenta trop gros*, et que l'ensemble de la *masse* à enlever ne soit *pas trop volumineux*. L'ablation par *laparotomie* reste la seule opération rationnelle, quand il y a doute sur les lésions des annexes non gravides, quand la grossesse a dépassé le quatrième mois, et quand l'ensemble de la masse à enlever remonte assez au-dessus du pubis pour être plutôt *abdominale* que *pelvienne*. Cette appréciation ne se fait pas au centimètre. C'est une question de coup d'œil, ou mieux d'exploration bimanuelle, pratiquée par un chirurgien expérimenté.

Deuxième Partie. — ***Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois.***

Sauf pour certains kystes fœtaux, la *laparotomie* est ici la seule intervention possible.

I. Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois avec fœtus vivant. — Les deux seules questions à discuter sont celles-ci : *Quand* et *comment* faut-il opérer?

Quand faut-il opérer? Tout de suite, évidemment, quand la grossesse est *à terme*. Lorsque le fœtus est *vivant, mais pas encore viable*, ou même quand il est *viable, mais point à terme*, la réponse est plus délicate. — Lorsqu'un *fœtus* est *vivant*, mais à plusieurs semaines de la date minimum de sa viabilité, les dangers à courir sont trop grands et l'*intervention immédiate s'impose.* — Lorsqu'on est au contraire *plus près de l'époque de viabilité*, on peut essayer de *sauver mère et enfant*, à cette condition, tout à fait irréductible, que *le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère.* — L'expectation étant décidée dans ces conditions, faut-il opérer dès le septième mois, ou bien attendre le huitième et le neuvième? A tant faire

que d'attendre, si la mère est en parfait état, si le moindre soupçon d'un danger quelconqne pour elle nous trouve prêt à une action immédiate, il vaut mieux attendre que le fœtus se développe le plus possible. En somme, et sans qu'il soit possible de mieux préciser, il convient de laisser aux *circonstances* le soin d'indiquer le bon moment de l'intervention.

Comment faut-il opérer? — L'*élytrotomie* doit être absolument repoussée. Les seules opérations possibles sont ici : l'*extériorisation abdominale* du sac, avec *abandon du placenta;* l'*extériorisation* avec *ablation du placenta;* l'*ablation totale du kyste fœtal.* — Les faits le démontrent et la prudence l'exige ; il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'*extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste* et *abandon du placenta.* — A cette règle, il y a toutefois trois exceptions : la *première* concerne les quelques grossesses tubaires dont la facile énucléabilité peut autoriser l'ablation. La *deuxième* se rencontre quand on se trouve en présence d'une hémorrhagie par décollement partiel d'un placenta qu'il est indispensable d'enlever complètement pour obtenir l'hémostase. La *troisième*, enfin, répond aux cas dans lesquels il n'y a pas de sac, ainsi qu'il arrive quand il y a *rupture secondaire du sac,* avec *fœtus libre dans la cavité abdominale.* Dans ces conditions, il ne saurait pas plus être question de marsupialiser une poche qui n'existe pas, que d'abandonner un placenta dont l'ablation, coûte que coûte, s'impose aussi nettement.

II. Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois, dont l'évolution est troublée, soit par une complication proprement dite, soit par la mort du fœtus.

A. Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois compliquées d'hémorrhagie par rupture ou de péritonite suppurée. — L'*hémorrhagie par rupture* commande ici, comme pour les grossesses plus jeunes, la *laparotomie d'urgence.* — L'*extériorisation* du kyste doit être tentée, mais, les difficultés de l'hémostase exigent souvent des *interventions plus complètes* et notamment l'*ablation complète du placenta.* — A son tour, la *péritonite suppurée* ne fait que précipiter l'urgence de la *laparotomie*, sans modifier beaucoup la nature de l'intervention.

B. Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois avec fœtus mort. — 1° *Grossesse avec mort récente du fœtus.* — Elle est assimilable à la grossesse avec fœtus vivant, au point de vue des complications hémorrhagiques à redouter. Sauf urgence, il est donc

prudent d'attendre que la *circulation inter-kysto-placentaire soit ralentie et de reculer l'intervention;* à cette condition, toutefois, que *le retard ne dépasse jamais six semaines.* Il importe en effet beaucoup de ne pas attendre le *retour des règles* et les *menaces de rupture* par *hyperdistension kystique* dont elles sont généralement le signal. — La même similitude se retrouve dans le traitement : L'*élytrotomie* doit être repoussée. — Les tentatives d'ablation entraînent des périls si positifs que, abstraction faite des trois exceptions déjà citées (grossesse tubaire, dépassant le cinquième mois sans rupture et offrant une énucléabilité relativement facile ; hémorrhagie par décollement placentaire; absence de sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale), *il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta.*

2° *Grossesse avec fœtus mort depuis plus longtemps.* — L'*élytrotomie* reprend ses droits, et *devient une bonne opération*, quand le kyste fœtal plonge assez fortement dans l'excavation pour être franchement abordable par le vagin et quand le placenta n'est pas inséré à sa face inférieure. — *L'extériorisation abdominale du kyste reste l'opération de choix dans la majorité des cas*, et ses résultats sont d'autant meilleurs que l'*ablation du placenta est ici très indiquée.* — L'*extirpation partielle* du sac peut être faite quand les adhérences ne s'y opposent pas. Avec ce qui reste de cette membrane, il faut alors faire un *sac de dimension minimum*, dont on assure le drainage par une *contre-ouverture vaginale.* Ce procédé a l'avantage de permettre la fermeture de la paroi abdominale, et d'éviter les éventrations consécutives.

Ce *dernier procédé* peut être employé *en cas de fœtus libre* dans la cavité abdominale, alors que le sac est réduit à ce qui enveloppe le placenta. Mais, en général, *en cas de fœtus libre*, il vaut mieux *enlever le placenta et tout ce qui l'enveloppe*, de manière à faire une toilette pelvienne aussi complète que possible. Lorsqu'elle est tout à fait satisfaisante, on peut, à la rigueur, fermer complètement la paroi abdominale, sans drainage.

Lorsque le fœtus est dans un *sac complet*, *l'extirpation totale du kyste* est plus souvent permise ici qu'avec un fœtus vivant ou mort récemment. Mais, ses *indications* n'en demeurent pas moins *exceptionnelles.* — Quant à la *castration utéro-annexielle abdominale totale*, c'est, dans le cas particulier, une grosse et grave opération dont les *indications*, *tout à fait restreintes*, se résument de la manière suivante : *Elle doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels une*

ablation de kyste fœtal ayant été commencée, on juge qu'il serait impossible de la faire isolément, sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Elle donne alors le moyen de simplifier les choses; d'aller plus vite et d'éviter les inconvénients d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre, le siège tubo-interstitiel de la grossesse, ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant, sont, à leur tour, des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale.

3° *Grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal toléré sans accident, ou suppuré.* — Un *vieux kyste fœtal* n'a de spécial que son *ossuaire* et les manœuvres particulières d'extraction que celui-ci nécessite. — Il peut se compliquer de *lésions péritonéales suppuratives* exigeant la *laparotomie* d'urgence, et celle-ci se termine, suivant les cas, par une *extirpation totale*, ou par une *ablation incomplète* avec drainage consécutif. — En général, c'est le *kyste fœtal* qui constitue tout le mal, et trois cas peuvent se présenter. — Tantôt le *kyste* a les mêmes allures qu'une *tumeur annexielle relativement mobile.* Il est alors justiciable des indications opératoires spécifiées à propos du traitement des grossesses ectopiques avec fœtus mort depuis longtemps. — Tantôt le kyste vient s'offrir de lui-même au bistouri, soit par un *plastron abdominal*, soit en *bombant dans l'un des culs-de-sac vaginaux.* — Tantôt enfin, on se trouve en présence d'un *kyste spontanément ouvert* au niveau de l'*abdomen*, dans le *vagin*, dans le *rectum*, ou dans la *vessie.* Dans les deux premiers cas, leur *incision* n'est que l'*agrandissement de la fistule préexistante.* En cas de fistule rectale, il faut, sauf exception, se garder de la mettre à contribution, et *inciser largement par l'abdomen ou le vagin.* Quant aux kystes ouverts dans la *vessie*, ils peuvent s'évacuer par l'urèthre lorsqu'ils contiennent de très petits fœtus morts avant le cinquième mois; mais les kystes à plus gros fœtus réclament des interventions plus complexes, telles que leur mise à jour par *cystotomie* ou *laparotomie.*

Voir plus haut : Travaux réunis sous le titre Chirurgie et Puerpéralité. Publications 8°, 9° et 10° de la série B, page 182, trois grossesses intra-utérines, opérées à une époque rapprochée de la grossesse.

VII

PAROIS ABDOMINALES

A. — Laparotomie. Quelques points de technique.

1° — Deux cas de laparotomie médiane avec section transversale juxta-pubienne de la peau et incision verticale de la paroi musculo-aponévrotique.

Il s'agit de deux laparotomies pratiquées pour ablation annexielle sur deux jeunes femmes. Le manuel opératoire suivi dans ces deux cas a été décrit par Dartigues, dans un article intitulé : « De l'incision cruciale et de la suture transversale sus-pubienne cachée par les poils dans la laparotomie médiane. » (*Presse Médicale*, Paris, 1899, n° 79, p. 202.) Les figures ici reproduites donneront une idée très suffisante de ce mode d'incision dont je crois, du reste, les indications très restreintes.

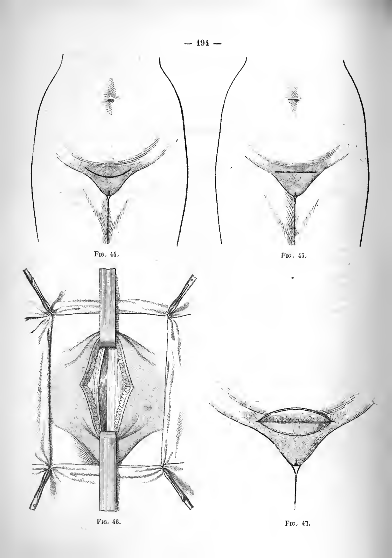


Fig. 44.

Fig. 45.

Fig. 46.

Fig. 47.

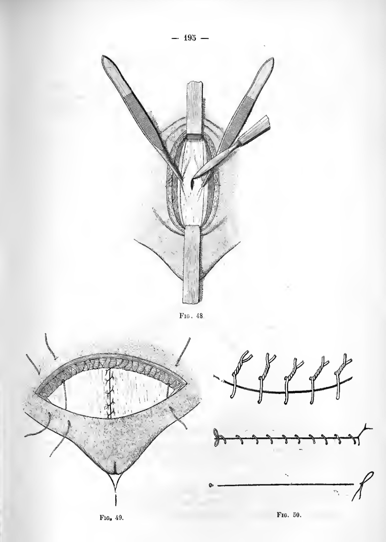


Fig. 48

Fig. 49.

Fig. 50.

2° — Sutures en huit de chiffre et sutures sans fils perdus.

Depuis bien des années, j'ai eu recours, dans certains cas, à ees modes de suture un peu complexes. Dans une étude sur les sutures autoplastiques et sur les sutures à fils temporaires non perdus (*Revue*

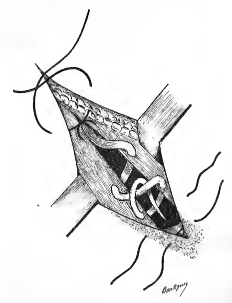


Fig. 51. — Opération d'Alexander (procédé de M. Segond. 1889).

Le ligament rond isolé traverse alternativement les deux piliers; l'ensemble de son parcours et de son enroulement forme une spire à plusieurs tours. A la partie terminale il est noué avec et sur lui-même. Un fil en huit de chiffre la traverse à son émergence en même temps que les piliers. Un autre fil à disposition semblable, mais non représenté ici, pour ne pas encombrer le schéma, fixe le peloton résultant du nœud fait avec le ligament rond.

de Gyn. et de Chir. abd., Paris, 1900, p. 693), mon interne et ami Dartigues a reproduit : 1° le schéma de la suture que j'ai imaginé autrefois pour l'opération d'Alquié-Alexander ; 2° le schéma de la suture

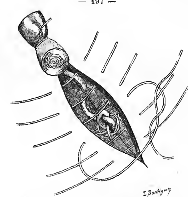


Fig. 52 — Opération d'Alquié-Alexander (procédé de M. Segond).

L'opération est presque terminée. Tous les fils sont posés et prêts à être serrés. — Sur la commissure supérieure de la plaie, on voit un rouleau de gaze sur lequel est déjà noué le premier fil en huit de chiffre qui fixe le ligament à son émergence des deux piliers. — En dedans on voit la partie terminale du ligament rond noué sur lui-même. Un deuxième fil en huit de chiffre, d'arrêt, fixe ce peloton et les piliers en même temps; ce fil n'est pas encore serré.

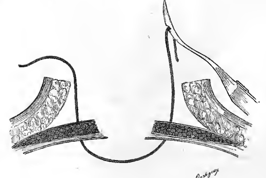


Fig. 53. — Suture en huit. Premier temps.

Sur chaque lèvre de l'ouverture laparotomique médiane, la peau doublée de son pannicule adipeux est éversée en dehors. — Dessous et de chaque côté sont les plans péritonéo-musculo-aponévrotiques. — Le fil de soie forme une anse qui traverse et embrasse seulement ces derniers, dans ce premier temps de la suture.

en huit de chiffre dont je me sers parfois pour l'hystéropexie et pour

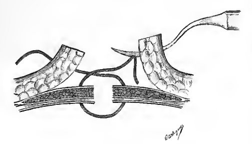


Fig. 54. — Suture en huit. Deuxième temps.

Même disposition que dans la figure précédente. — L'anse qui traverse et doit réunir les plans péritonéo-musculo-aponévrotiques est déjà croisée mais non serrée; un des chefs libres est déjà passé dans la lèvre cutanée d'un côté; du côté opposé on voit l'aiguille entraîner le fil pour lui faire traverser l'autre lèvre cutanée.

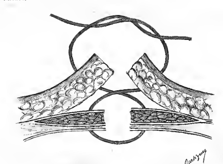


Fig. 55. — Suture en huit. Troisième temps.

Le huit de chiffre est formé. Il ne reste plus qu'à serrer, sur un rouleau de gaze que l'on introduira dans l'anse supérieure, et immédiatement appliqué sur la ligne médiane et sur les lambeaux cutanés rabattus.

la suture des laparotomies latérales. Je reproduis ici ces figures à titre simplement documentaire.

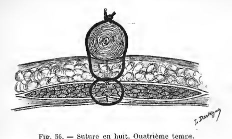


Fig. 56. — Suture en huit. Quatrième temps.

Coupe schématique vertico-transversale de la paroi abdominale, une fois le fil serré sur le rouleau de gaze.

Fig. 57. — Hystéropexie (procédé de M. Segond).

La peau avec son panniculo adipeux est attirée en dehors de chaque côté par les écarteurs. Les plans péritonéo-musculo-aponévrotiques de chaque lèvre de la plaie sont éversés, de façon à montrer les fils pénétrant à travers eux par la face péritonéale de la paroi de l'abdomen. Une compresse protectrice des intestins est glissée derrière l'utérus amené dans la plaie. Chacun des trois fils forme une anse embrassant la paroi antérieure de l'utérus et les plans péritonéo-musculo-aponévrotiques de chaque lèvre de l'incision. Les deux chefs de chaque anse, après s'être entrecroisés, vont traverser ensuite la peau.

B. — Phlegmons et tumeurs.

1° — **Siège des phlegmons péri-ombilicaux.** — *Bull. et Mém. de la Soc de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 49.

Relation de deux cas dans lesquels le pus siégeait et fusait sous le péritoine pariétal.

2° — **Fibro-sarcome de la paroi abdominale.** (Clinique faite à la Charité). — *Semaine méd.*, Paris, 1888, t. VIII, p. 444.

Cette leçon, faite à propos d'une malade de le salle Gosselin, contient un exposé assez complet de l'histoire de ces tumeurs. Au point de vue du traitement, elle se termine de la manière suivante : lorsqu'un fibrome pariétal n'est pas trop gros pour contre-indiquer une intervention (et c'est une question de tact variable avec les chirurgiens et les malades), enlevez-le comme une tumeur quelconque s'il n'est pas en connexion avec le péritoine. S'il est juxta-péritonéal et de volume tel qu'une suture de laparotomie soit possible, n'hésitez pas à inciser le péritoine pariétal. S'il est juxta-péritonéal et trop étendu pour permettre une suture des parties musculo-aponévrotiques, lorsque vous n'avez en un mot que la peau pour recouvrir la brèche opératoire, mettez toute votre attention à conserver toujours la plus grande étendue possible du péritoine sous-jacent.

A propos d'une discussion à la Société de Chirurgie, je suis revenu plus tard et dans les mêmes termes sur cette manière de procéder en insistant sur la nécessité des éradications totales, opposées aux ablations incomplètes consenties par quelques chirurgiens. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t, XXI; p. 284.)

3° — **Relation d'un cas de fibro-sarcome de la paroi abdominale montrant comment le développement de ces tumeurs du côté de la séreuse peut les faire confondre avec des tumeurs utérines.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 278.

Il s'agit d'une femme entrée dans mon service avec le diagnostic : tumeur utérine fibro-kystique. Elle avait été électrisée pendant des

mois et jalousement protégée contre toute tentative opératoire. Puis, la tumeur avait grossi; elle avait même suppuré et c'est alors seulement que la malade me fut confiée. Je fis, moi aussi, le diagnostic de tumeur utérine et, mettant sur le compte de la péritonite et de la suppuration les connexions pariétales évidentes de la tumeur, je me mis en demeure d'en pratiquer l'ablation par laparotomie. Mais celle-ci fut on ne peut plus simple. Il s'agissait, non pas d'un fibrome utérin, mais d'un énorme fibrome de la paroi abdominale. Sans jamais bomber du côté de la peau, il s'était développé du côté du ventre et, toujours coiffé de son péritoine pariétal, il avait peu à peu élu domicile dans toute la fosse iliaque, en poussant un gros prolongement dans le petit bassin. Si bien qu'en explorant la malade, l'utérus étant refoulé et comme collé contre la masse néoplastique, on avait absolument la sensation d'un énorme fibrome utérin remontant jusqu'à l'ombilic et adhérant à la paroi abdominale par ce fait seul, que la suppuration s'était fait jour à son niveau. Rien ne fut donc plus facile que d'énucléer par morcellement la totalité de la masse fibreuse, sans faire la moindre blessure à son épaisse coque d'enveloppement, formée par le péritoine pariétal épaissi et refoulé

VIII

FOIE ET RATE

A. — Foie.

1° — **Maladies chirurgicales du foie.** — Article « Foie » du *Traité de Chirurgie* de Simon Duplay et Paul Reclus. 1° édition, Paris 1892, t. VII; p. 211 à 358; 2° édition, Paris, 1899, t. VI, p. 977 à 1119.

Les cinq premiers chapitres sont consacrés à l'étude complète des traumatismes, des abcès, des kystes et de l'hépatoptose. Le sixième et le septième exposent les conditions de l'intervention dans le traitement des tumeurs et de la lithiase. Lors de sa première édition, cet article était le premier travail d'ensemble publié en France sur la chirurgie du foie.

2° — **Laparotomie exploratrice dans un cas d'affection hépatique se traduisant uniquement par le symptôme douleur.** — Article « Foie » du *Traité de Chirurgie* de Simon Duplay et Paul Reclus, Paris, 1899, t. VI, p. 1108.

Cette opération pratiquée sur la seule indication du symptôme douleur est la première laparotomie exploratrice de cette nature, dont les publications françaises fassent mention. Il s'agit d'un malade qui m'a été adressé par mon collègue Doléris et qui n'avait d'autre symptôme, au moment de notre examen, qu'une douleur très vive et nettement localisée au bord du foie, dans la région de la vésicule. Le malade, âgé d'une quarantaine d'années et originaire des pays chauds, avait eu, à diverses reprises, des atteintes d'hépatite tropicale, avec subictère et hypertrophie du foie. L'ictère s'était ensuite dissipé et le foie avait retrouvé ses dimensions normales; mais, par contre, la douleur fixe de la région vésiculaire avait conservé son intolérable acuité. Le malade en était obsédé, sa douleur poignante l'accablait et le rendait impropre à tout; il était en outre aux prises avec des troubles dyspeptiques sérieux et peu à peu, ayant consulté tous les médecins en renom et positivement épuisé les ressources de la thérapeutique médicale il en était arrivé à poser lui-même les indications d'une laparotomie exploratrice, en réclamant, d'urgence et sous peine de suicide, une opération qui permît d'élucider la cause de ses souffrances.

Soupçonnant l'existence possible de quelque foyer ancien de périhépatite, nous avons, Doléris et moi, accédé au désir du patient et le 27 mai 1889, j'ai pratiqué la laparotomie exploratrice avec l'assistance de MM. Doléris, Launois et Cabral. L'opération s'est effectuée sans incident; pour toute lésion, nous avons constaté au niveau de la zone douloureuse un état congestif assez accusé du tissu hépatique. Le ventre a donc été refermé sans intervention complémentaire et, fait intéressant, le malade a, néanmoins, trouvé le résultat qu'il cherchait. Il est guéri. Bien qu'il me soit impossible de définir le mécanisme de cette guérison du symptôme douleur par la simple ouverture du ventre, je tiens à faire observer qu'il ne s'agit point là d'une guérison par suggestion opératoire. Le malade n'avait pas seulement de l'obsession hépatique. L'état congestif indiscutable du foie au niveau de la zone douloureuse en témoigne. En tout cas, le fait montre bien l'innocuité et la valeur de la laparotomie exploratrice dans les cas de cet ordre.

3° — **Kyste hydatique de la face convexe du foie traité et guéri par l'ouverture large avec excision partielle de ses parois.** (Observation publiée en collaboration avec M. Landouzy.) — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris 1887, t. XIII, p. 236 et 245.

Pratiquée le 28 avril 1885, dans ces conditions spéciales, c'est-à-dire avec résection du tissu hépatique, cette opération est la première en date, tout au moins parmi celles qui ont été communiquées à la Société de Chirurgie.

4° — **Du traitement chirurgical des kystes du foie.** — *Congrès franç. de Chir.*, Paris 1888, t. III, p, 529.

Cette communication contient quelques généralités sur les modalités diverses de l'intervention dans les quatre principales variétés suivantes : 1° kystes antéro-inférieurs ; 2° kystes antéro-supérieurs ; 3° kystes postéro-inférieurs ; 4° kystes postéro-supérieurs ou sous-diaphragmatiques. Cette dernière variété m'occupe particulièrement et je termine en publiant les deux premiers cas de kystes hydatiques du foie qui aient été, en France, traités avec succès par l'incision transpleurale avec résection costale et en un temps (opération dite d'Israel).

5° — **Note sur la chirurgie du canal cholédoque.** — *Bull et Mém de la Soc. de Chir.*, Paris, 1895, t. XXI, p. 395.

Cette note concerne les périls que peut courir la veine cave dans les opérations sur les voies biliaires pratiquées par voie lombaire.

6° — **Note sur le capitonnage des kystes hydatiques du foie.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1899, t. XXV, p, 37.

Sans contester en aucune manière les six belles guérisons par capitonnage relatées par M. Delbet, j'ose formuler deux objections. Il me semble que le capitonnage doit être souvent bien difficile à faire avec assez de perfection pour que la coaptation exacte des parois évite toute production kystique ultérieure, et, ce qui est plus grave, je me demande ce que donnerait le capitonnage avec suture totale et réduction sans drainage, en cas de cholerrhagie consécutive.

Jusqu'à plus ample informé, j'en reste donc aux conseils donnés

dans l'article que M. Delbet m'a fait l'honneur de citer. Exception faite des cas dans lesquels les parois d'un kyste hydatique sont assez souples et assez dégagées de tissu hépatique pour se prêter, soit à une large résection, soit à une ablation totale, je ne connais pas d'opération plus simple et plus sûre que l'incision large, avec suture des lèvres de l'incision kystique à la paroi abdominale.

7° — **Cholécystostomie. Quatre observations.** (Ces observations sont publiées dans la *thèse* inaugurale de Guéniot intitulée : « La lithiase biliaire, ses formes anatomiques envisagées au point de vue chirurgical ».) — *Th. de Doct.*, Paris, 1903.

Obs. III, p. 146 : Hydropisie de la vésicule biliaire avec épaississement des parois. Cholécystostomie avec cholécystectomie partielle, Fistule biliaire durant trois mois, guérison.

Obs. V, p. 152 : Appendicite aiguë et cholécystite calculeuse suppurée. Appendicectomie et cholécystostomie. Guérison.

Obs. XII, p. 165 : Ictère chronique. Cholécystostomie. Puis dans une deuxième intervention : incision du canal cystique et extraction d'un calcul enclavé dans le cholédoque. Guérison.

Obs. XV, p. 173 ; Cancer et lithiase de la vésicule, cholécystostomie avec cholécystectomie partielle, mort de cachexie deux mois après.

A propos des relations de la cholécystite et de l'appendicite. (Voir : Travaux sur l'appendicite. Publications 8° et 9° de la série B, p. 220.)

8° — **Sur un cas de cancer primitif du foie traité par l'ablation.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1896, t. XXII, p. 764.

La tumeur volumineuse étendue du foie à l'utérus est constituée par deux parties différentes, réunies l'une à l'autre par une portion rétrécie intermédiaire. Celle qui coiffait le fond de l'utérus est constituée par une paroi fibreuse, très vasculaire et peu résistante, dont la face interne enveloppe une masse de végétations mollasses, friables et saignantes. Les masses bourgeonnantes dégénérées, noirâtres dans leur ensemble, présentent par places une coloration jaunâtre. L'autre partie de la tumeur est au contraire très dure et bosselée. Sa consistance est absolument celle des fibromes et sa coupe présente une disposition lobulée qui rappelle un peu l'aspect d'une coupe de cervelet. Notons enfin qu'elle est capsulée et que la ligne de démarcation du néoplasme

et du tissu hépatique sain est aussi nette que possible. Quant à l'examen histologique, je le dois à M. Bezançon et, d'après lui, il s'agit d'un épithélioma tuberculeux alvéolaire à cellules polymorphes.

Parmi les points intéressants de cette observation, il faut noter la parfaite circonscription et la pédiculisation du néoplasme. Double condition montrant bien que l'ablation des cancers primitifs du foie peut se présenter avec tous les caractères d'une intervention rationnelle. Il convient enfin d'insister sur les difficultés du diagnostic clinique. Voici comment MM. Terrier et Auvray les rappellent en citant le fait : (F. Terrier et M. Auvray : *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, Paris, 1901, p. 193.)

« Il s'agissait d'une femme souffrant du ventre depuis deux ans, se plaignant de pertes et maigrissant; les médecins qui l'examinèrent trouvèrent une tumeur au-dessus de l'utérus faisant corps avec lui, tumeur qu'ils prirent pour un fibrome; on constatait, en outre, un prolongement très dur dans le flanc droit; il se perdait sous le foie, dont le séparait une zone de sonorité. On porta le diagnostic de fibrome utérin. A l'ouverture du péritoine, on trouve une tumeur implantée sur le bord tranchant du foie par un pédicule dont le peu d'épaisseur explique la persistance de la sonorité intestinale à ce niveau, tumeur qui coiffait simplement le fond de l'utérus comme une capsule et ne lui était unie que par quelques adhérences lâches se déchirant sans peine. »

B. — Rate.

1° — **Rapport sur une communication du Dr Leprévost intitulée : « Kyste hydatique de la rate guéri à la suite d'une ponction capillaire. Kyste hydatique suppuré du foie guéri par l'incision large et en un seul temps ».** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XV, p. 279 et 309.

Après avoir considéré la première de ces observations comme un exemple de guérison par inflammation accidentelle qu'il n'est en aucune manière permis d'inscrire à l'actif de la ponction aspiratrice dans la cure des kystes hydatiques de la rate, je mets à profit la deuxième observation de Leprévost pour insister sur la supériorité de l'incision large en un seul temps, aussi bien dans le traitement de kystes spléniques que dans celui de kystes du foie.

2° — **Un cas de splénectomie pour hypertrophie paludique.** (Observation publiée à la page 225 de la *thèse* inaugurale de Vanvertz sur « La splénectomie ».) — *Th. de Doct.*, Paris, 1897.

IX

ESTOMAC. — INTESTINS. — ÉPIPLOON

A. — Estomac.

1° — **Gastrostomie pour rétrécissement infranchissable de l'œsophage. Guérison. Présentation de l'opérée.** — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1885, t. I, p. 547; et *Rev. de Chir.*, Paris, 1885, t. V, p. 412.

Cette gastrostomie a été pratiquée à Necker, le 12 septembre 1884, avec l'assistance du Professeur Potain, sur une femme de vingt-six ans, atteinte de rétrécissement infranchissable de l'œsophage consécutif à l'ouverture dans ce conduit d'un abcès ganglionnaire. Son amaigrissement était tel qu'elle ne pesait plus que 30 kilogrammes. Comme incision et comme manuel opératoire, je me suis conformé aux règles données par Farabeuf.

A propos d'un fait rapporté par Terrillon à la Société de Chirurgie en 1888, j'ai insisté sur l'inutilité et les inconvénients des appareils employés pour assurer l'occlusion de la bouche stomacale. Grâce à des soins de propreté, à l'application de vaseline au pourtour de l'orifice, à sa fermeture en dehors des repas avec un tampon de gaze, mon opérée a toujours évité tout accident local. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1888, t. XIV, p. 381.) Je suis revenu sur ce détail de pratique aussi bien que sur le succès opératoire obtenu, dans une lettre adressée à M. Lafourcade qui, par oubli sans doute et pour simplifier, avait, dans uu travail sur les rétrécissements de l'œsophage, classé mon observation parmi les insuccès opératoires. (*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, Paris, 1891, t. XXVIII, p. 542.)

En 1900 (*Bull et Mém de la Soc. de Chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 485.), je reviens encore sur mon opérée de 1884, pour dire combien

sa santé se maintient parfaite et pour insister à mon tour sur les conditions fondamentales de toute bonne gastrostomie : opérer vite et simplement, placer la bouche près du cardia et la faire aussi petite que possible. Qu'il me soit permis d'ajouter qu'aujourd'hui (février 1904), cette femme opérée depuis près de vingt ans, continue à se merveilleusement porter et à se nourrir par sa fistule. Le retour spontané de son œsophage à une perméabilité relative lui permet de boire assez aisément. Pendant qu'elle s'injecte des purées solides par sa fistule, elle se donne souvent la compensation de sucer des bonbons de son choix. Elle se trouve très bien comme elle est et persiste à ne rien vouloir entendre, quand je lui propose de chercher à lui rendre sa déglutition normale et un estomac clos. Il lui est arrivé, il y a quelques années, un accident dont elle s'est beaucoup effrayée. La sonde de verre dont elle se servait pour s'alimenter, s'est cassée pendant un repas. Le médecin appelé a conseillé un vomitif! Par bonheur, le fragment du tube est sorti spontanément par l'anus. J'ai parlé de cet incident à la Société de Chirurgie, mais une triple faute d'impression fait croire qu'il s'agit d'un homme, c'est-à-dire d'un autre cas de gastrostomie, ce qui est inexact. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1891, t. XVII, p. 249.)

2° — **Présentation d'un malade opéré de gastrostomie pour cancer de l'œsophage.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 812.

Homme de soixante-huit ans, opéré en un seul temps et sans procédé spécial. Le nécessaire a été seulement fait pour que la bouche soit petite et placée haut. La fistule fonctionne bien et l'alimentation est satisfaisante.

3° — **Note sur la gastrostomie.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir*, Paris, 1895, t. XXI, p. 105.

Cette note tend à soutenir que, l'opération en un temps est l'opération de choix, et que le procédé opératoire conseillé par M. Villar (de Bordeaux), est défectueux à cause de sa longueur et de son inutile complication.

B. — Intestins. Epiploon.

1° — **Cure radicale des hernies.** *Thèse* présentée au concours de l'agrégation, Paris, 1883.

Cette *thèse* renferme cinq chapitres.

I. Dans le premier, nous montrons les diverses phases que la question a parcourues depuis Celse jusqu'à nos jours. Nous avons, le plus possible, eu recours aux textes et ce labeur n'a pas été vain : des erreurs recopiées sans relâche, ont été rectifiées; et nous avons retrouvé, chez plus d'un auteur ancien, des procédés décrits comme nouveaux.

II. Dans notre deuxième chapitre, nous examinons d'abord les conditions physiologiques qui assurent la cure radicale des hernies: puis nous passons à l'étude des moyens que la chirurgie met à notre disposition pour obtenir les mêmes résultats : les bandages et les méthodes sanglantes dont les procédés sont presque innombrables. Aussi, une classification est-elle nécessaire et voici celle que nous proposons :

Un premier groupe comprend les procédés qui nécessitent la réductibilité préalable de la hernie. Ils sont si nombreux eux-mêmes qu'il faut établir, dans leur étude, un ordre rigoureux. Nous avons imaginé de prendre pour base de leur classement, la physiologie pathologique du processus curateur.

Un second groupe renferme les précédés pour lesquels la réductibilité de la hernie est indifférente, et ce sont justement les procédés modernes que nous étudierons avec tout le soin qu'ils méritent.

III. Quels résultats obtient-on par ces procédés? C'est ce que nous recherchons dans le troisième chapitre, et nos statistiques portent sur plus de quatre cents cas.

IV. Nous connaissons les procédés et leurs résultats, il nous faut savoir maintenant quel usage nous en ferons et les indications de l'intervention chirurgicale ; puis, lorsqu'elle est jugée nécessaire, quelle sera l'opération de choix. Tel est l'objet de notre quatrième chapitre.

V. Enfin, nous étudions la cure radicale dans les hernies étranglées, Ce cinquième chapitre, fort court du reste, ne nous semble pas imposé ; mais il jette quelque clarté sur notre sujet et nous préférons, d'ailleurs, aller au delà que rester en deça de notre tâche.

Peut-être avais-je réalisé le programme exposé dans cette préface,

car M. Paul Berger, analysant ma *thèse* m'a fait le grand honneur de la considérer comme « un traité complet de la matière » ayant, veut-il bien ajouter, « résumé et judicieusement tranché un long débat que de nouveaux faits seuls peuvent désormais ouvrir. » *Revue des Sciences médicales*, de G. Hayem, Paris, 1884, t. XXIII, p. 338.

Certes les « nouveaux faits » n'ont pas tardé à se faire jour et depuis vingt ans, la question a fait le chemin que l'on sait. Chemin d'autant plus considérable qu'en 1883, la cure radicale des hernies non étranglées trouvait, auprès de nos maîtres d'alors, un bien mince crédit et que pour faire pendant aux centaines d'observations étrangères publiées en tableaux à la fin de ma *thèse*, je n'avais pour toute documentation parisienne que trois opérations de Lucas-Championnière. Tout cela était facile à prévoir et quelles que fussent en 1883, mes tendances personnelles à accepter les indications de la cure radicale, je savais d'avance que mes conclusions à son endroit seraient fatalement provisoires.

Pour tâcher de faire œuvre un peu plus définitive, j'ai donc soigné avec une sollicitude particulière le côté historique du sujet et, grâce à la collaboration de Méricamp, mon ami si regretté, j'espère avoir donné une sorte de recueil dans lequel on retrouve toujours à leur place et suffisamment décrits, les principaux procédés imaginés pour résoudre enfin le si décevant problème. Dans ce but j'ai même tenté une classification générale de tous les anciens procédés qui peut-être conservera quelque utilité au point de vue des recherches historiques. Je reproduis ici ce tableau.

PREMIER GROUPE

Cure radicale par mortification des enveloppes de la hernie.

1° Ligature simple (Desault).
2° Ligature multiple (Martin le jeune et Bouchacourt).
3° Ligature par torsion (Thierry).
4° Ligature par les casseaux (Chicoyne).

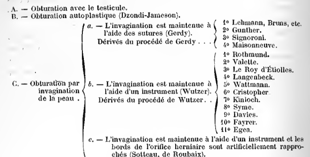
DEUXIÈME GROUPE

Cure radicale par processus inflammatoire adhésif ou cicatriciel.

1° Injections iodées (Velpeau).
2° Acupuncture (Bonnet).
3° Introduction d'un corps étranger résorbable (Belmas).
4° Introduction d'un séton (Mosner).
5° Scarifications (Jules Guérin).
6° Injections péri-herniaires (Luton).

TROISIÈME GROUPE

Cure radicale par obturation à l'aide d'un bouchon organique.



A. — Obturation avec le testicule.

B. — Obturation autoplastique (Dzondi-Jameson).

C. — Obturation par invagination de la peau.

- *a.* — L'invagination est maintenue à l'aide des sutures (Gerdy). Dérivés du procédé de Gerdy :
  - 1° Lehmann, Bruns, etc.
  - 2° Gunther.
  - 3° Signoroni.
  - 4° Maisonneuve.
- *b.* — L'invagination est maintenue à l'aide d'un instrument (Wutzer). Dérivés du procédé de Wutzer :
  - 1° Rothmund.
  - 2° Valette.
  - 3° Le Roy d'Étiolles.
  - 4° Langenbeck.
  - 5° Wattmann.
  - 6° Cristopher.
  - 7° Kinloch.
  - 8° Syme.
  - 9° Davies.
  - 10° Fayrer.
  - 11° Egea.
- *c.* — L'invagination est maintenue à l'aide d'un instrument et les bords de l'orifice herniaire sont artificiellement rapprochés (Sotteau, de Roubaix).

QUATRIÈME GROUPE

Cure radicale par obturation à l'aide d'un bouchon organique et par suture de l'orifice (Wood).

Dérivés du procédé de Wood :

- 1° Agnew.
- 2° Chisholm.
- 3° V. Best et Jesset.
- 4° G. White.
- 5° Field.
- 6° Thompson.
- 7° Spanton.

2° — **Note sur la cure radicale des hernies.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1887, t. XIII, p. 680.

Dans cette note, basée sur quarante observations personnelles, j'insiste sur les difficultés possibles de la dissection du sac, sur la formelle indication de ne pas imiter la pratique de Kraske conseillant la castration toutes les fois que la dissection du sac est difficile, et sur la nécessité, pour les vrais hernieux, de porter toujours bandage après l'opération.

3° — **Présentation d'une pièce de cure radicale de hernie.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1887, t. XIII, p. 746.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de soixante-dix ans,

morte de pneumonie *a frigori*, deux mois après avoir été opérée d'une entérocèle crurale droite de moyen volume, irréductible et douloureuse. Cette pièce prouve, ai-je dit en terminant, que la région crurale est devenue par l'opération, ce qu'elle était avant la hernie, c'est-à-dire une région faible et prédisposée. Sans doute, il n'y a plus trace de hernie, mais il ne s'est formé nulle part de colonne cicatricielle, de rempart anatomique suffisant pour qu'on soit en droit de considérer comme radicale cette cure opératoire cependant irréprochable. Cette pièce prouve donc à sa manière, qu'après une cure radicale, les vrais herníeux doivent porter bandage.

4° — **De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue du résultat définitif.** — *Congrès franç. de Chir.*, Paris, 1888, t. III, p. 169.

Cette communication basée sur quarante observations a surtout pour but :

1° De démontrer la justesse de la formule de Trélat sur l'indication : « toute hernie, quelle qu'elle soit, qui n'est pas complètement, constamment, facilement contenue par un bandage est justiciable de la cure radicale ».

2° D'établir que Lucas-Championnière a eu grandement raison de soutenir que la résection totale du sac, que sa dissection portée le plus haut possible et que la ligature très élevée de son collet sont les conditions fondamentales de toute cure radicale bien exécutée.

5 —° **Considérations sur le traitement des hernies gangrenées.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1894, t. XX, p. 381, 384, 572.

Cette communication, basée sur plusieurs observations personnelles, tend, avant tout, à montrer les avantages de l'anus contre nature et les périls énormes de la résection intestinale avec entérorrhaphie circulaire.

Il se peut, ai-je dit en mode de conclusion, que la résection intestinale avec enterrorhaphie circulaire soit indiquée dans certains cas d'obstruction intestinale récente, alors que les patients sont encore résistants et peu déprimés. Mais la règle prudente et sage c'est de lever l'étranglement en réduisant toujours au minimum le coefficient traumatique de l'intervention. Ce qu'il faut donc faire dans l'immense

majorité des cas c'est établir un anus contre nature et remettre à plus tard toute autre intervention.

6° — **Note sur le traitement de l'occlusion intestinale.** — *Bull. et Mém de la Soc. de Chir.*, Paris, 1897, t. XXII, p. 579 et 606.

Les idées développées dans cette communication sont semblables à celles qui m'ont guidé, soit à la Société de Chirurgie en 1894 pour préconiser l'anus contre nature en cas de hernies gangrenées, soit dans la *thèse* de Giresse pour lui faire prendre la défense du même moyen chez les femmes atteintes d'occlusion intestinale post-opératoire.

Lorsque les patients sont dans cet état de septicémie particulière et de dépression profonde, qui caractérise toute occlusion intestinale sérieuse, une opération comme la laparotomie de recherche peut être considérée comme fatalement mortelle. Force est donc de renoncer aux ressources de ces larges interventions et notre devoir élémentaire me paraît être de rétablir le cours des matières, en réduisant au minimum le coefficient traumatique de notre intervention.

Cela fait, les malades retrouvent leur existence vitale, et, plus tard, si besoin est, ils sont en état de supporter les interventions radicales dont ils peuvent être justiciables. Or, c'est évidemment l'anus contre nature qui nous permet de réaliser au mieux ce plan thérapeutique. En lui-même, et fait comme il convient, il peut sans doute arriver trop tard pour empêcher la mort, mais il est incapable de tuer. Notons, en outre, qu'il est très littéraire mais parfaitement déplacé de se désoler d'avance sur les horreurs de l'infirmité dont on se fait l'auteur ou sur la gravité des opérations que celle-ci peut exiger ultérieurement. L'anus dont il s'agit se réduit en effet à une boutonnière latérale, faite sans éperon, et dans les conditions voulues pour que son occlusion ultérieure se fasse sans difficulté.

Trois faits probants sont cités à l'appui de cette manière de voir : Celui dont il est question à propos des occlusions consécutives à l'hystérectomie vaginale. Celui d'une jeune femme chez laquelle j'ai enlevé avec succès une tumeur du côlon transverse, trois semaines après l'avoir empêchée de mourir d'occlusion grâce à un anus contre nature. Enfin celui d'une dame de quarante ans dont voici l'histoire. Mandé auprès d'elle à 10 heures du soir, je constatai un météorisme énorme, des vomissements fécaloïdes et de l'hypothermie. Sans même songer à une laparotomie qui eût été sûrement mortelle, je fis l'anus contre

nature. Trois semaines après je pus lever l'obstacle constitué par une bride réunissant l'appendice aux annexes enflammées. Par une troisième intervention j'obtins la fermeture de l'anus artificiel et depuis la santé est restée parfaite.

7° — **Difficultés du diagnostic différentiel du cancer et des tumeurs intestinales simplement inflammatoires.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1903, t. XXIX, p. 591.

Dans cette communication, basée sur quelques faits récents de ma pratique, j'insiste sur la fréquence de ces épaississements trompeurs qu'il importe tant de savoir reconnaître au cours de nos laparotomies pour affections pelviennes.

Parmi les observations qui documentent cette communication il en est une qui mérite attention particulière. Il s'agit d'un malade opéré il y a cinq ans dans les conditions suivantes : soigné depuis quelques mois par notre collègue Giraudeau, pour des accidents d'entéro-colite, il fut pris brusquement d'accidents aigus avec tuméfaction inflammatoire dans la fosse iliaque gauche. La fièvre, le péritonisme, la formation d'un plastron évident, tout commandait l'intervention et, convaincu qu'il existait une collection purulente autour de l'S iliaque, je pratiquai l'incision voulue.

Quelques gouttes de pus vinrent, en effet, sourdre sous mon bistouri, mais c'était là détail fort accessoire et ce que je trouvais au lieu et place de la péri-colite diagnostiquée, ce fut une tumeur de l'intestin. Tumeur de consistence fibreuse, tumeur presque ligneuse, tumeur offrant, en un mot, tous les caractères d'un néoplasme. Or, ce diagnostic macroscopique fait par la vue et par le toucher, était par bonheur absolument faux. Deux mois après l'opération, le pseudo-cancer avait fondu et, à cette heure, notre ancien condamné possède, avec un ventre parfaitement souple, une santé merveilleuse.

8° — **Présentation d'une tumeur kystique de l'épiploon. Opération. Guérison.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1893, t. XIX, p. 300.

Cette tumeur, examinée par mon interne M. Cazin, a été étiquetée par lui : fibro-sarcome kystique du grand épiploon. Mais l'intérêt de cette observation est avant tout clinique, et la voici résumée.

Il s'agit d'un ferblantier de Lisieux, robuste et bien constitué, que j'ai opéré, à la maison Dubois, d'un kyste uniloculaire occupant toute la largeur de l'abdomen dans sa moitié supérieure et descendant à quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Cette masse kystique, directement appliquée contre la paroi abdominale, paraissait peu mobile, sa forme globuleuse se reconnaissait aisément par la palpation aussi bien que par la percussion, et la matité perçue à son niveau se continuait avec la matité hépatique. J'ajoute que la pression était partout indolente et que la surface du kyste, lisse et régulière, ne laissait percevoir aucune induration. En somme, nous étions, sans doute possible, en présence d'un kyste déposé à froid dans la région supérieure de l'abdomen et se développant avec rapidité sans provoquer ni douleur, ni trouble fonctionnel important.

Dans ces conditions, si je n'avais point connu les résultats de la ponction pratiquée par M. Lancereaux, j'aurais sans doute diagnostiqué un kyste hydatique. Mais, sachant d'une part que le liquide sanguinolent recueilli par M. Lancereaux condamnait cette hypothèse et n'ayant, d'autre part, relevé aucun signe qui me permît de croire à un kyste rénal, je me suis rallié au diagnostic un peu vague, mais suffisant, de kyste développé soit aux dépens du pancréas, soit aux dépens du péritoine.

Le 7 avril, j'ai pratiqué la laparotomie, évacué par incision directe, 7 litres et demi de liquide contenu dans le kyste, puis énucléé la poche. Celle-ci adhérait dans toute son étendue aux feuillets du grand épiploon dont elle était comme enveloppée. Il m'a donc fallu les décortiquer à l'aide des doigts, et ce travail n'a pas été sans exiger une certaine attention et de nombreuses ligatures perdues. Mais, en fin de compte, tout s'est passé simplement, et dix à quinze minutes m'ont suffi pour extraire la totalité de la poche, réséquer les lambeaux d'épiploon trop avariés par le travail de décortication et terminer l'hémostase. J'ai suturé la plaie abdominale sans drainage, les suites opératoires ont été des plus bénignes et la guérison est aujourd'hui complète.

La tumeur se présentait sous la forme d'une vaste poche uniloculaire à parois blanchâtres, fibreuses et peu épaisses. La face interne du kyste était lisse comme une séreuse. Sa face externe présentait, au contraire, par place, les vestiges des adhérences filamenteuses qui l'unissaient partout aux feuillets épiploïques. En un seul point de son étendue, on distinguait cependant un épaississement limité. A ce niveau, il existait une adhérence fibreuse très résistante, qui unissait le kyste au côlon transverse et qui lui formait ainsi une sorte de court et

unique pédicule. Partout ailleurs, la poche n'avait, avec son enveloppe épiploïque, que des adhérences, très vasculaires sans doute, mais assez lâches.

X

APPENDICITE

A. — Communications sur le traitement de l'appendicite

Dans mes communications personnelles sur le traitement de l'appendicite, comme dans le choix des faits isolés confiés à d'autres auteurs, j'ai eu pour objectif principal de montrer comment les enseignements de ma pratique m'avaient éloigné des doctrines temporisatrices, chères encore à plusieurs chirurgiens, pour me faire adopter, sans réserve, les préceptes thérapeutiques, à mon avis, essentiellement tutélaires que la chirurgie doit aux recherches persévérantes et si lumineuses du Professeur Dieulafoy.

1° — Considérations sur le traitement de l'appendicite aiguë. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889, t. XXV, p. 159.

Cette communication débute par l'histoire clinique d'une fillette de dix ans et demi, opérée en pleine crise aiguë d'appendicite gangreneuse, à l'heure même où la brusque détente de tous les symptômes inquiétants réalisait au complet l'aspect de l'une de ces accalmies traîtresses dont M. Dieulafoy a si bien dénoncé les périls. Et cependant, à l'ouverture du péritoine, nous avons trouvé un flot de sérosité trouble répandu au loin entre les anses intestinales, sans trace nulle part d'un enkystement ou d'une défense péritonéale quelconque. L'appendice était sphacélé en presque totalité, perforé en deux points et gorgé de liquide puriforme. Cette fillette qui, sans l'intervention réclamée par M. Dieulafoy, le Dr Valmont et moi-même, était vouée à une mort certaine, a merveilleusement guéri. Aussi bien son observation m'a-t-elle paru un instructif exemple à donner pour montrer une fois de plus combien il est urgent d'opérer vite en pareil cas.

Prenant ce fait comme point de départ, je me suis ensuite attaché à

dire pourquoi, dès cette époque, j'étais, dans le traitement de l'appendicite aiguë, partisan presque systématique de l'intervention, et craintif à l'excès de toute temporisation. Voici, du reste, un extrait donnant bien la note de la présente communication :

« S'il est vrai qu'en certaines circonstances il soit indiqué de laisser ainsi refroidir des appendicites subaiguës, s'il est indiscutable que l'opération à froid, malgré ses difficultés, parfois très grandes, soit une excellente opération, combien n'est-il pas juste et particulièrement sage d'insister sur les périls possibles de cette expectation! Une seule chose nous en préserverait à coup sûr, ce serait la possession constante d'un diagnostic précis. Ce serait la connaissance exacte des signes cliniques susceptibles de nous éclairer sûrement sur la gravité de tel ou tel cas particulier, et surtout, de nous livrer, sans erreur possible, le moyen de ne jamais confondre les améliorations réelles de la maladie avec ces accalmies traîtresses dont elle est coutumière. »

« Or, et c'est là surtout que gît la cause de nos divergences, le pourquoi de notre division en opportunistes et radicaux, nous estimons, nous, radicaux, qu'en maintes circonstances, les signes pathognomoniques et tutélaires font défaut. Et voilà pourquoi, dans les cas même très bénins, nous nous méfions toujours d'une erreur, voilà pourquoi nous interprétons les moindres doutes dans le sens de l'intervention, préférant faire des opérations peut-être inutiles, mais point dangereuses, quand elles sont sagement conduites, que de risquer une seule mort, par abstention[1]. »

2° — Considérations sur les dangers de la temporisation chirurgicale en cas d'appendicite aiguë. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1902; t. XXVIII; p. 985.

Le fait, malheureusement trop instructif, à propos duquel j'ai fait cette communication est celui d'une jeune femme soignée depuis plusieurs mois pour des coliques hépatiques. Au retour d'une saison à Châtel-Guyon, le dimanche 10 août 1902, elle est brusquement saisie par une violente douleur appendiculaire; elle se couche et vomit toute la nuit. Le lundi la douleur persiste, plus violente que jamais, et les vomissements continuent. On croit toujours à une colique hépatique

1. Cette même observation est citée par le Prof. Dieulafoy à la page 249 du tome II de ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1898-1899.

et la morphine, la diète, les cataplasmes sont prescrits suivant l'usage. Le mardi, même état, même traitement. Le Dr Duchastel, ami personnel de la malade, intervient alors, reconnaît la vraie nature du mal et, le même mardi à 10 heures du soir, après consultation avec M. Dieulafoy, j'opère. Voici comment M. Dieulafoy raconte lui-même les résultats de cette intervention faite environ 50 heures après le début de la crise.

« L'appendice était gangrené et le liquide purulent péritonéal était d'une excessive puanteur. La malade bénéficia *localement* de l'opération, en ce sens que les terribles douleurs de la péritonite disparurent; elles disparurent même si bien que la jeune femme prenait maintenant plaisir à se remuer dans son lit, tant elle était heureuse de ne plus souffrir. Mais la chirurgie ne pouvait faire plus; elle avait enrayé l'infection péritonéale, mais elle ne pouvait rien contre l'intoxication qui, déjà, avait fait son œuvre. La température resta élevée, le pouls très accéléré, les vomissements continuèrent, et, à notre consultation du lendemain matin, nous pûmes constater qu'un de ces vomissements contenait une traînée de matière noire : c'était l'hématémèse appendiculaire, le *vomito negro* dont le pronostic est si souvent fatal. »

« Et, en effet, quelle que fût la médication mise en œuvre, les mêmes symptômes persistèrent, les vomissements et les hématémèses noires se répétèrent malgré les lavages de l'estomac, les urines devinrent de plus en plus rares malgré les grandes injections de sérum, le pouls disparut graduellement, les extrémités se refroidirent et, le surlendemain matin cette femme mourut, moins du fait de sa péritonite qui avait été victorieusement combattue par l'opération, que du fait de l'intoxication qui était consommée avant l'intervention chirurgicale. *Opérée un peu plus tôt, cette malade eût très probablement guéri.* »

Rapprochant ce fait de plusieurs autres cas similaires de ma pratique dans lesquels, avec des lésions semblables (gangrène totale de l'appendice, perforation imminente en réalité, absence de toute adhérence péritonéale protectrice, liquide louche répandu dans la cavité péritonéale, sans trace de pus nulle part), une intervention à temps m'a toujours donné la guérison, j'ai été conduit aux considérations suivantes.

« S'il est vrai que plusieurs chirurgiens savent interpréter à l'heure voulue et comme il convient le texte des lois qui les guident dans leurs convictions sur les bienfaits du refroidissement, il est, par mal-

heur, non moins exact que la doctrine du « refroidissement quand même », précisément parce qu'elle est défendue par des chirurgiens de haute valeur, possède, elle aussi, de terribles toxines qui vont, au loin, troubler les praticiens dans leurs déterminations et stimuler les divagations dont le public non scientifique est si friand quand il se mêle de nos affaires. »

« Nous en connaissons tous de lamentables exemples. Plus d'un médecin consciencieux nous confie chaque jour les embarras ou les indécisions que lui causent nos divergences; et pendant que le public se demande gravement s'il vaut mieux réclamer des opérateurs à chaud, à tiède ou à froid, nombre de malades meurent, parce qu'ils sont opérés trop tard ou parce qu'ils ne sont pas opérés du tout. Voilà la vérité. Il est donc grand temps de faire cesser cet état de choses. »

« En ce qui me concerne, tout ce que j'ai lu, et surtout tout ce que j'ai vu, m'a laissé mes convictions premières sur les indications formelles de l'opération immédiate en cas d'appendicite aiguë. J'attends toujours la claire description des signes cliniques susceptibles de nous éclairer sur la gravité de tel ou tel cas particulier et de nous livrer, sans erreur possible, le moyen de ne jamais confondre les améliorations réelles de la maladie avec ses accalmies traîtresses dont le Professeur Dieulafoy a si bien fait ressortir les terribles conséquences; j'attends en un mot les signes voulus pour que toujours nous puissions distinguer les appendicites qui voudront bien se laisser refroidir, de celles qui vont tuer sans merci. Mais, jusqu'ici, je n'ai rien vu venir, et, tant que durera cette attente, je resterai persuadé qu'en présence d'une appendicite aiguë, le plus sûr est toujours de tuer dans l'œuf un mal qui, trop souvent, cache sa mortelle virulence sous les apparences de la plus trompeuse bénignité... » Bref, ai-je dit en terminant :

« Aujourd'hui, comme à l'époque de notre première discussion, je suis tout à fait convaincu qu'il est urgent de ne rien faire qui puisse troubler l'orientation que les travaux de Dieulafoy ont donnée à nos idées sur le traitement chirurgical de l'appendicite. Il se peut que ses formules soient trop absolues en apparence, mais il suffit de les bien interpréter pour qu'elles deviennent aussitôt l'expression des vérités les plus tutélaires. En travaillant à leur vulgarisation, nous donnerons aux malades, comme aux médecins, la notion ferme que toute appendicite doit être diagnostiquée et traitée, dès son éclosion, sous peine des plus grands périls; nous leur montrerons tous les dangers de la temporisation. Bref nous serons appelés *à temps* et c'est bien là tout ce que nous

devons souhaiter. Si quelques inévitables déboires nous sont encore, malgré cela, réservés, leur souvenir s'effacera bien vite à la pensée des nombreuses existences sauvées par l'adoption définitive des idées dont le Professeur Dieulafoy s'est fait, depuis longtemps, le promoteur, et qu'il ne cesse, du reste, de vulgariser avec son ardeur, son talent et son autorité. L'une de ses leçons en témoigne hautement. Elle a pour titre l'affirmation que voici : « Attendre pour opérer que l'appendicite soit *refroidie*, c'est exposer le malade à la mort. » Encore une formule, dira-t-on. Soit. Mais c'est aussi et encore une grande vérité. Puissé-je avoir su dire à mon tour en termes clairs, à quel point il faut souhaiter qu'elle s'impose bientôt à tous, pour le plus grand bien des malades et de nos statistiques. »

B. — Recueil de faits.

1° — **Appendicite aiguë chez un homme d'une trentaine d'années. Opération au troisième jour, le 26 avril 1897. Guérison.** (Cas cité par M. Dieulafoy dans une leçon sur les « Péritonites appendiculaires ».) — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1896-1897, t. I (quinzième leçon), p. 321.

2° — **Appendicite aiguë avec péritonite généralisée chez un jeune homme de vingt-quatre ans. Accalmie traîtresse. Opération à la fin du troisième jour. Guérison.** (Observation citée par M. Dieulafoy dans une leçon sur « La toxicité de l'appendicite ».) — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1897-1898, t. II (dix-septième leçon), p. 322 et 340.

3° — **Appendicite gangreneuse chez un homme de trente-cinq ans. Péritonite généralisée. Opération au huitième jour de la crise. Mort.** (Observation citée par M. Dieulafoy dans une leçon sur : « Le traitement de l'appendicite ».) — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris 1898-1899, t. III (quatorzième leçon), p. 295.

4° — **Appendicite aiguë chez une jeune fille de dix-huit ans. Opération le troisième jour, le 27 janvier 1900. Hématémèse trois jours après l'opération. Guérison.** (Observation citée par M. Dieulafoy dans une leçon sur « Le vomito negro appendiculaire ».) — *Clinique*

médicale de l'Hôtel-Dieu, Paris 1901-1902, t. IV (dixième leçon), p. 200.

5° — **Appendicite gangreneuse chez un jeune homme de dix-huit ans. Opération le 31 octobre 1900 au début du quatrième jour. Hématémèse. Mort.** (Même indication bibliographique que le précédent.)

6° — **Appendicite gangreneuse chez un homme adulte. Opération quarante-deux heures après le début des accidents. Guérison.** (Observation citée par M. Dieulafoy dans une leçon intitulée : « Attendre pour opérer que l'appendicite soit *refroidie*, c'est exposer le malade à la mort ».) — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1901-1902, t. IV (dix-neuvième leçon), p. 407.

7° — **Appendicite gangreneuse chez une jeune femme soignée pour des coliques hépatiques. Opération cinquante heures après le début de la crise. Mort.** (Même indication bibliographique que la précédente.)

8° et 9° — **Deux appendicites aiguës avec coexistence de cholécystite suppurée.** (L'ablation de l'appendice et la cholécystostomie, pratiquées simultanément, nous ont donné deux succès opératoires d'autant plus dignes d'être notés que l'un d'eux a été obtenu chez une dame de soixante-dix-huit ans. Ces deux observations ont servi de base à la communication si remarquée du Professeur Dieulafoy sur : « L'association de l'appendicite et de la cholécystite avec ou sans péritonite ».) — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, Paris, 1903, 3e série, t. XLIX, n° 24, p. 752.

10° — **Résection d'un appendice adhérent au moignon résultant d'une ablation annexielle antérieure.** (Ce fait isolé, dont j'ai parlé moi-même à la Société de Chirurgie, est un bon exemple des indications et des avantages de l'appendicectomie pratiquée à titre de temps complémentaire dans certaines ablations annexielles.) — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1904, t. XXVII, p. 10.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 6274.